

MARIUS MILCU

**CERCETAREA APLICATIVĂ  
ÎN PSIHOLOGIA MODERNĂ:  
PREMISE METODOLOGICE**

IV 84.447



EDITURA UNIVERSITARĂ

Redactor: Gheorghe Iovan  
Tehnoredactor: Ameluța Vișan  
Coperta: Angelica Mălăescu

Editură recunoscută de Consiliul Național al Cercetării Științifice (C.N.C.S.)

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României  
**MILCU, MARIUS**

**Cercetarea aplicativă în psihologia modernă : premise metodologice /**  
Marius Milcu. - București : Editura Universitară,  
2013

Bibliogr.  
ISBN 978-606-591-620-3

159.9

DOI: (Digital Object Identifier): 10.5682/9786065916203

© Toate drepturile asupra acestei lucrări sunt rezervate, nicio parte din această lucrare nu poate  
fi copiată fără acordul Editurii Universitare

Copyright © 2013  
Editura Universitară  
Director: Vasile Muscalu  
B-dul. N. Bălcescu nr. 27-33, Sector 1, București  
Tel.: 021 – 315.32.47 / 319.67.27  
[www.editurauniversitara.ro](http://www.editurauniversitara.ro)  
e-mail: [redactia@editurauniversitara.ro](mailto:redactia@editurauniversitara.ro)

Distribuție: tel.: 021-315.32.47 / 319.67.27 / 0744 EDITOR / 07217 CARTE  
[comenzi@editurauniversitara.ro](mailto:comenzi@editurauniversitara.ro)  
O.P. 15, C.P. 35, București  
[www.editurauniversitara.ro](http://www.editurauniversitara.ro)

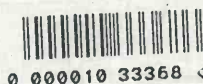
30 MAR. 2015



**Conferință Internațională (ediția a cincea)**  
**CERCETAREA MODERNĂ ÎN PSIHOLOGIE:**  
**CERCETĂRI CANTITATIVE VS. CERCETĂRI**  
**CALITATIVE ÎN ȘTIINȚELE SOCIALE,**  
**EDUCAȚIE ȘI SĂNĂTATE**  
**25-27 mai 2012, Sibiu, România**

**CERCETAREA APLICATIVĂ**  
**ÎN PSIHOLOGIA MODERNĂ:**  
**PREMISE METODOLOGICE**

**MARIUS MILCU**



BCU IASI



**EDITURA UNIVERSITARĂ**  
**București, 2013**

**ALE**

## **COMITET DE ORGANIZARE**

**Președinte al comitetului de organizare: MARIUS MILCU**

Lucian Blaga University of Sibiu, Romania

Association for Qualitative and Intercultural Studies in Psychology, Sibiu, Romania

**DELIA BOGHEAN**

Association for Qualitative and Intercultural Studies in Psychology

**ADRIAN TUDOR BRATE**

Lucian Blaga University of Sibiu, Romania

Association for Qualitative and Intercultural Studies in Psychology, Sibiu, Romania

**MARILENA MILCU**

Lucian Blaga University of Sibiu, Romania

**RALUCA SASSU**

Lucian Blaga University of Sibiu, Romania

Association for Qualitative and Intercultural Studies in Psychology, Sibiu, Romania

## **COMITET ȘTIINȚIFIC**

**Președinte al comitetului științific: MARIUS MILCU**

Lucian Blaga University of Sibiu, Romania

Association for Qualitative and Intercultural Studies in Psychology, Sibiu, Romania

**JULIAN ACHIM**

Ashford University, U.S.A.

**ADRIANA BABAN**

Babes Bolyai University of Cluj Napoca, Romania

**ADRIAN TUDOR BRATE**

Lucian Blaga University of Sibiu, Romania

**ŠTEFAN CHUDÝ**

Institute of Education and Social Studies, Faculty of education

Palacký University on Olomouc, Czech Republic

**PETER DAN**

Long Island University, New York, U.S.A.

**CRISTINA GRABOVSKI**

Université de Montréal, Canada

**WILFRIED GRIEBEL**

State Institute of Early Childhood Research (IFP), Munich, Germany

**MARILENA MILCU**

Lucian Blaga University of Sibiu, Romania

**PAVEL NEUMEISTER**

Institute of Education and Social Studies, Faculty of education

Palacký University on Olomouc, Czech Republic

**SAUL NEVES DE JESUS**

University of Algarve, Portugal

**MARYAM AKBARI MOTLAQ**

Payamenoor University, Neshaboor, Iran

**NICOLETA MIHAELA PARVANA**

Aiesec International, Nederland

**RALUCA SASSU**

Lucian Blaga University of Sibiu, Romania

**UTE SCHMIDT-BRASSE**

PSYCON Psychologische Unternehmensberatung Integrative Organisations-, Team- und Personalentwicklung;  
Coaching; Interkulturelle Beratung, Wildeshausen, Germany

**ILIE PUIU VASILESCU**

University of Virginia at Wise, U.S.A.

**PAOLO VITTORIA**

The Federal University of Rio de Janeiro, Brasil

**KARL WESTHOFF**

Technische Universität, Dresden, Germany





CUPRINS  
INDEX DE AUTORI

## CUPRINS

	7
	8
<b>Partea I-a: PSIHOLOGIE EDUCAȚIONALĂ: CERCETARE ȘI EDUCAȚIE</b>	11
Cap. I. Dan Pașca. Explorarea relației dintre empatie și personalitate în adolescență	13
Cap. II. Viorel Mih, Codruța Mih. Ameliorarea procesului generării de inferențe puncte la elevii cu dificultăți de înțelegere	19
Cap. III. Claudia-Doina Grec. Program de intervenție psihopedagogică la elevii cu deficit de atenție și hiperactivitate	23
Cap. IV. Georgeta I. Mihai. Natura valorilor și relativitatea lor	29
Cap. V. Anca Elena Pană, Dorina Login. De ce un screening al problemelor emoționale și comportamentale în mediul școlar?	35
<b>Partea a II-a: PSIHOLOGIE CLINICĂ ȘI A SĂNĂTĂȚII</b>	41
Cap. VI. Catrinel Crăciun, Adriana Băban, Dan L. Dumitrașcu. Asistarea psihologică a pacienților cu tulburări digestive funcționale	43
Cap. VII. Anda Madar. Evaluarea vulnerabilității cognitive pentru depresia postpartum: o analiză sistematică	48
Cap. VIII. Anda Madar. Vulnerabilitatea cognitivă pentru depresia postpartum: un studiu explorator	58
Cap. IX. Oana Ghimbuluș, Lavinia Damian, Adriana Băban. Reziliența: regăsirea echilibrului emoțional în contact cu trauma	68
Cap. X. Gabriela Dima, Mihaela Dana Bucuță. „Îmbrățișând schimbarea”: în căutarea sensului vieții	73
Cap. XI. Camelia Maria Dindelegan, Monika Majoros Garofeanu, Crina Talpos, Florina Serac Popa. Studiu comparativ privind schemele cognitive dezadaptative ale persoanelor cu tulburare depresivă și persoane nonclinice vs. persoane diagnosticate cu tulburare de dependență etilică	79
Cap. XII. Denisa Teodora Călin. Utilitatea așteptată, comparația socială și disponibilitatea de a dona. O abordare experimentală	86
Cap. XIII. Celestina Dolcescu Boldi. Relația dintre temperament și evenimentele amintite. Cercetare-pilot	94
Cap. XIV. Simona Marica. Necesitatea consilierii familiei copilului diagnosticat cu tulburare din spectrul autismului	100
<b>Partea a III-a: PSIHOLOGIA MUNCII ȘI ORGANIZAȚIONALĂ: ASPECTE SOCIALE ALE MEDIULUI DE MUNCĂ</b>	105
Cap. XV. Roxana Aldea-Capotescu, Corina Doroga. Diagnoza stresului într-o companie producătoare de materiale de construcții	107
CAP. XVI. Laura Cioienaru, Adrian Brate. Stres ocupațional, performanță și satisfacție la angajații dintr-o organizație cu profil transporturi	115
Cap. XVII. Dan Florin Stănescu, Cătălina Andra Roșca. Rolul dominantelor interpersonale ale personalității în selecția managerilor publici	120
Cap. XVIII. Alina Teodorescu, Adrian Brate. Diagnoza percepției comportamentului contraproductiv. Elaborarea unui instrument de cercetare	128
<b>Partea a IV-a: PSIHOLOGIE EXPERIMENTALĂ ȘI METODOLOGIE DEZVOLTAREA UNOR NOI METODE DE CERCETARE ȘI INTERVENȚIE</b>	137
Cap. XIX. Loredana Drobot. Cercetarea cantitativă și calitativă în psihologie. consiliere și psihoterapie	139
CAP. XX. Loredana Drobot. Abordare istorică a cercetării calitative în consiliere și psihoterapie	143
CAP. XXI. Mihai Valentin Ciolacu. Metodologia construirii unor probe de testare psihologică	147
Cap. XXII. Roxana Cerasela Sirbu. Evaluare psihologică în tulburarea depresivă majoră recurentă – studiu de caz	151
<b>Partea a V-a: PSIHOLOGIE JUDICIARĂ, CRIMINALISTICĂ ȘI PENOLOGICĂ</b>	155
Cap. XXIII. Marius Mileu. Cunoștințe și abilități specifice în psihologia judiciară. Implicații privind formarea specialiștilor judiciari	157
Cap. XXIV. Marius Mileu. Psihologia grupurilor mici în mediul infracțional. Studiu de caz	162
Cap. XXV. Marius Mileu. Analiza psiho-dinamică a grupului infracțional	171
<b>Partea a VI-a: ALTELE / DIVERSE</b>	177
Cap. XXVI. Olivia Ciubotariu, Violeta S. Rotărescu. Relația dintre lateralitatea cerebrală/ corporală și trăirea afectivă	179
Cap. XXVII. Olivia Ciubotariu, Violeta S. Rotărescu. Perspective teoretice asupra lateralității	186
Cap. XXVIII. Corina Doroga, Roxana Aldea-Capotescu, Adriana Baban. Incidentele traumatiche „persoană sub tren”: consecințe psihologice pentru personalul de pe locomotivă	195

## INDEX DE AUTORI

<b>ALDEA-CAPOTESCU, Roxana</b> Centrul de Studii Organizaționale Avansate	107, 195
<b>BĂBAN, Adriana</b> Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației, Universitatea „Babes-Bolyai”, Cluj-Napoca	43, 68, 195
<b>BRATE, Adrian Tudor</b> Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu	115, 128
<b>BUCUȚĂ, Mihaela Dana</b> Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu	73
<b>CĂLIN, Denisa Teodora</b> Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu	86
<b>CIOIENARU, Laura</b> Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu	115
<b>CIOLACU, Mihai Valentin</b> Universitatea din București	147
<b>CIUBOTARIU, Olivia</b> Universitatea din București	179, 186
<b>CRĂCIUN, Catrinel</b> Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca	43
<b>DAMIAN, Lavinia</b> Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației, Universitatea „Babes-Bolyai”, Cluj-Napoca	68
<b>DIMA, Gabriela</b> Universitatea „Transilvania”, Brașov	73
<b>DINDELEGAN, Camelia Maria</b> Universitatea din Oradea	79
<b>DOLCESCU BOLDI, Celestina</b> Facultatea de Psihologie, Universitatea Hyperion, București	94
<b>DOROGA, Corina</b> Spitalul Clinic CF Cluj-Napoca	107, 195
<b>DROBOT, Loredana</b> Universitatea “Eftimie Murgu” din Reșița	139, 143
<b>DUMITRAȘCU, Dan L.</b> Universitatea de Medicină și Farmacie, Iuliu Hațieganu, Cluj-Napoca	43
<b>GHIMBULUȚ, Oana</b> Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației, Universitatea „Babes-Bolyai”, Cluj-Napoca	68
<b>GREC, Claudia-Doina</b> Centrul Școlar pentru Educație Incluzivă Nr.1. Tîrgu-Mures	23
<b>LOGIN, Dorina</b> Centrul de Sănătate Mintală Deva	35
<b>MADAR, Anda</b> Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației, Universitatea „Babes-Bolyai”. Cluj-Napoca	48, 58
<b>MAJOROS GAROFEANU, Monika</b> Majoros Garofeanu Monika – Cabinet Individual de Psihologie	79
<b>MARICA, Simona</b> Universitatea Spiru Haret – București	100
<b>MIH, Codruța</b> Universitatea „Babes-Bolyai”, Cluj-Napoca	19
<b>MIH, Viorel</b> Universitatea „Babes-Bolyai”, Cluj-Napoca	19
<b>MIHAI, Georgeta I.</b> Institutul Teologic Adventist – Cernica, Romania	29
<b>MILCU, Marius</b> Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu	157, 162, 171
<b>PANĂ, Anca Elena</b> Școala cu clasele I-VIII “Horea” Cluj-Napoca	35
<b>PAȘCA, Dan</b> Școala Generală Nr. 3 „Gheorghe Lazăr” Brașov	13



<b>ROȘCA, Cătălina Andra</b> Universitatea din București	120
<b>ROTĂRESCU, Violeta S.</b> Universitatea din București	179, 186
<b>SERAC POPA, Florina</b> Spitalul Clinic Municipal Dr. Gavril Curteanu – Oradea	79
<b>SÎRBU, Roxana Cerasela</b> Spitalul Clinic de NeuroPsihiatrie, Clinica II Psihiatrie	151
<b>STĂNESCU, Dan Florin</b> Școala Națională de Studii Politice și Administrative, București	120
<b>TALPOS, Crina</b> Universitatea din Oradea	79
<b>TEODORESCU, Alina</b> Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu	128

B.C.U. „M. EMINESCU” IASI



**Partea I-a:  
PSIHOLOGIE EDUCAȚIONALĂ:  
CERCETARE ȘI EDUCAȚIE**





## EXPLORAREA RELĂȚIEI DINTRE EMPATIE ȘI PERSONALITATE ÎN ADOLESCENȚĂ

DAN PAȘCA

Școala Generală Nr. 3 „Gheorghe Lazăr” Brașov, danpasca2000@yahoo.com

**ABSTRACT:** A comparison between the scores of Romanian teenagers and the scores of American students for the Davis Interpersonal Reactivity Index (IRI) subscales shows significant differences of means for perspective taking, empathic concern and fantasy subscales (for males), and for empathic concern and personal distress subscales (for females). For Romanian teenagers, as well as for American students, significant differences between males and females were found for each of the four IRI's subscales, with women displaying higher scores than men in each case. For Romanian teenagers, the Pearson's correlation coefficients between the Davis IRI's subscales scores and the Cattell's HSPQ personality factors scores shows only a few moderate relationships between the cognitive and emotional dimensions of empathy and the personality traits.

**Key words:** cognitive and emotional dimensions of empathy, personality traits, adolescence.

### 1. INTRODUCERE

Scopul general al cercetării de față este măsurarea dimensiunilor cognitive și emoționale ale empatiei, studiul comparativ al scorurilor adolescenților români la scalele Indexului Reactivității Interpersonale - Davies, care măsoară aceste dimensiuni, cu scorurile studenților la psihologie americani, pe baza cărora a fost etalonat acest instrument în SUA, și investigarea relației acestor dimensiuni ale empatiei cu trăsăturile de personalitate măsurate cu ajutorul chestionarului H.S.P.Q. de personalitate - Cattell.

### 2. ASPECTE TEORETICE

Empatia a fost definită de Davies (1983) ca o combinație între „asumarea cognitivă a rolului celuilalt” și „experiența de substituție emoțională în stările altuia”. El a considerat că empatia are o *latură cognitivă*, răspunzătoare de „acuratețea percepției” celorlalți, trăirea de către o persoană a sentimentelor altuia „ca și cum” ar fi ale sale, și o *latură emoțională*, care explică cum ia naștere „împărtășirea” emoțiilor (Davies, 1996). De aceea, a apreciat că un instrument destinat măsurării empatiei ar trebui să vizeze evaluarea separată a tendințelor și capacităților cognitive de adoptare a perspectivei altei persoane, pe de o parte, și a reactivității emoționale a indivizilor, pe de altă parte. Fără estimări separate ale acestor calități contribuțiile independente și interactive ale acestora nu ar putea fi evaluate.

Dintre cercetătorii români interesați de relația dintre empatie și personalitate, Stroe Marcus (1997) este cel care a făcut cele mai concrete și consistente demersuri de cercetare, în acest sens. Acesta a descris empatia ca fiind o „abilitate specific umană de transpunere psihologică a eului în psihologia celuilalt” (Marcus, 1997, 11), precizând că „punctul nodal al conceptului de empatie îl reprezintă conduita **retrairii** (sublinierea autorului) stărilor, gândurilor, acțiunilor celuilalt, de către propria persoană prin intermediul unui proces de transpunere substitutivă în psihologia partenerului” (Marcus, 1997, 17).

În acord cu opiniile exprimate de Davies, Marcus a considerat că empatia antrenează simultan planuri,

cognitive, afective, motivaționale, ca și planuri bazal-fiziologic-vegetative, ceea ce pledează pentru a o aborda ca pe un construct multidimensional, ce acoperă practic întreaga sferă a vieții psihice a individului. Devine, astfel, firească preocuparea autorului pentru investigarea relației empatie-personalitate, dată fiind marea anvergură și caracterul multidimensional al ambelor constructe psihologice. Ipoteza pe care a încercat să o demonstreze a fost aceea că empatia este o „trăsătură comună și definitorie a personalității umane” (Marcus, 1997, 68). Ca ipoteze adiacente, a susținut că la baza fenomenului empatic s-ar afla o „structură fundamentală”, cu originea în predispozițiile ereditare ale omului și care se organizează pe baza experienței și este perfectibilă prin educație. Fiind un construct multidimensional, empatia ar acoperi întregul sistem psihic uman (atât la nivel inconștient, cât și la nivel conștient). Empatia are și o „funcție performanțială”, ea poate deveni o aptitudine specială, ce asigură eficiența în activități din sfera relațiilor interpersonale. Între capacitatea empatică, ca potențialitate psihologică, și comportamentul empatic, relațiile pot fi nu doar convergente, ci și divergente, în funcție de circumstanțe și, mai ales, de conduita empatică a partenerilor. Empatia se manifestă în interacțiune cu alte trăsături ale personalității și favorizează manifestări simpatetice de tipul ajutorării semenilor. Ca trăsătură consolidată de personalitate, empatia se exprimă printr-un „stil empatic de personalitate”.

Pentru investigarea empatiei ca aptitudine Marcus a realizat cercetări experimentale care au vizat manifestarea acesteia în domenii diferite, precum actoria, creația literară, învățământul și medicina, utilizând, ca instrument de măsurare a empatiei, chestionarul de empatie emoțională Mehrabian-Epstein. Pentru studiul relației dintre empatie și alte variabile de personalitate, Marcus a avut în vedere simpatia, orientarea „helping” (altruismul), cunoașterea interpersonală, stilul cognitiv interpersonal. În final, a investigat rolul experienței empirice și al antrenamentului dirijat în „maturizarea empatică”. În baza unor argumente, atât de ordin teoretic, cât și de ordin experimental, autorul a concluzionat că empatia



poate fi definită ca o trăsătură de personalitate ce se exprimă în comportament sub forma unui stil empatic.

### 3. METODOLOGIA CERCETĂRII

Primul obiectiv al cercetării a fost acela de a constata dacă există diferențe semnificative între mediile scorurilor realizate de adolescenții din România la cele 4 scale ale Indexului Reactivității Interpersonale al lui Davies și mediile scorurilor realizate de studenții la psihologie din Statele Unite (populația pe care a fost etalonat acest instrument). Al doilea obiectiv a fost acela de a explora care este relația dintre scorurile realizate de adolescenții din România la cele 4 scale ale Indexului Reactivității Interpersonale și scorurile realizate de ei la factorii de personalitate primari ai Chestionarului de personalitate H.S.P.Q. al lui Cattell. Într-o primă etapă a cercetării, au fost aplicate (administrare colectivă la nivelul a două clase a XI-a ale Colegiului Economic „Andrei Bârseanu” din Brașov), unui număr de 53 de adolescenți cu vârste cuprinse între 16 și 18 ani (39 de fete și 14 băieți), Indexul Reactivității Interpersonale al lui Davies și Chestionarul de personalitate H.S.P.Q. al lui Cattell.

În opinia lui Davies, majoritatea scalelor de empatie existente (cele mai cunoscute fiind *Scala de empatie* a lui Hogan, *Testul de intuiție și empatie* al lui Dymond și *Chestionarul de măsurare a empatiei emoționale* al lui Mehrabian și Epstein), deși cuprind itemi din ambele categorii, combină răspunsurile într-un scor global al empatiei. Din acest motiv, a creat un instrument pentru măsurarea empatiei, *Indexul Reactivității Emoționale*, ce conține, în total, 28 de itemi, repartizați în 4 subscale, de câte 7 itemi fiecare. Primele două subscale, care vizează *latura cognitivă* a empatiei, sunt: *scala abordării perspectivei* (SP), ce evaluează încercările spontane de a adopta perspectivele altor oameni și de a privi lucrurile din punctul de vedere al acestora și *scala de imaginație* (SI), ce evaluează tendința de identificare cu personajele din filme, romane, piese de teatru și din alte situații ficționale. Celelalte două subscale, care vizează *latura emoțională* a empatiei, sunt: *scala de preocupare empatică* (PE), ce evaluează sentimentele de cordialitate, compasiune și preocupare față de alții și *scala distresului personal* (DP), ce evaluează sentimentele personale de anxietate și disconfort rezultate din urmărirea experiențelor negative ale altora.

Itemii indexului constituie afirmații, în raport cu care subiectul trebuie să își exprime poziția, pe o scală Lickert în 5 trepte, de la „nu mă descrie bine” până la „mă descrie foarte bine”. În funcție de poziționarea lor pe scală, răspunsurile la itemi pot primi între 0 și 4 puncte. De menționat că există și itemi cotați invers.

Pentru exemplificare, iată câte doi itemi pentru fiecare scală, dintre care primul cotaț direct, iar al doilea invers:

#### **scala abordării perspectivei (SP)**

9. Încerc să privesc la poziția fiecăruia într-un dezacord, înainte să iau o decizie.

15. Dacă sunt sigur(ă) că am dreptate cu privire la ceva, nu pierd mult timp ascultând argumentele altor oameni.

#### **scala de imaginație (SI)**

1. Visez cu ochii deschiși și fantalez, cu o anumită regularitate, despre lucruri care mi s-ar putea întâmpla.

7. Sunt, de obicei, obiectiv(ă) când când văd un film sau o piesă de teatru și adesea nu sunt complet absorbit(ă) de acestea.

#### **scala de preocupare empatică (PE)**

2. Am adesea sentimente de preocupare și de grijă pentru oameni cu mai puțină șansă decât mine

14. Nenorocirile altor oameni nu mă tulbură, de obicei, în mare măsură.

#### **scala distresului personal (DP)**

6. În situații de urgență, mă simt neliniștit(ă) și nu prea în largul meu.

7. Când văd pe cineva care se rănește, tind să rămân calm(ă).

Pentru fiecare dintre cele 4 subscale se calculează un scor brut (obținut prin însumarea punctelor acordate fiecărui item al scalei), scor care poate varia între 0 și 28.

Davies a stabilit că cele 4 subscale sunt slab intercorelate și, deci, independente. Cu alte cuvinte, scorurile obținute de subiecți la o anumită subscală nu pot constitui predicții pentru scorurile obținute la celelalte subscale.

După cum a arătat Minulescu (1996), Chestionarul H.S.P.Q., creat de R. B. Cattell, măsoară trăsăturile psihologice importante, într-o unitate funcțională demonstrată, fiind un instrument valid și fidel, utilizat pe scară largă. El măsoară un ansamblu de 14 dimensiuni de personalitate independente, dintre care unele se referă la trăsături de temperament (ex. A - ciclotimie-schizotimie și D - excitabilitate), altele apar ca trăsături-dispoziții (ex. E - dominanță-supunere), altele reprezintă nivelul de integrare dinamică (ex. C - forța Eului), în timp ce alta (G - forța Supraeului) este o trăsătură la care se referă la dezvoltarea sensului moral. Chestionarul include, de asemenea, și o dimensiune-aptitudine, inteligența generală, la care se referă factorul B, care pune la dispoziție o scurtă indicație asupra acestui factor mental general, fără a fi nevoie de rezultatul unui examen complet cu un test de inteligență separat.

Rezultatele testului permit, deci, realizarea unui profil psihologic suficient de nuanțat al personalității subiectului, pe baza a 14 trăsături de personalitate independente și în același timp creează, printr-o abordare statistică, posibilitatea evidențierii diferențelor existente între diverse grupuri de subiecți. Acest chestionar este, de fapt, o adaptare pentru adolescenți a „Chestionarului celor 16 factori ai personalității” (16 PF). El pune în evidență 14 factori de personalitate determinați prin analiză factorială care sunt construite bipolare ce „încearcă să cuprindă mulțimea de manifestări comportamentale specifice dimensiunii, în mod gradat, de la unul dintre poliile acesteia caracterizat printr-o maximă exprimare în comportament a unei extreme a dimensiunii, spre



celălalt, caracterizat printr-o maximă exprimare a opusului" (Minulescu, 1996, 226).

Chestionarul evaluează, pe baza notelor standard obținute, poziția individului de-a lungul acestui continuum. Specific acestui tip de evaluări, ceea ce se ia în considerație în interpretări ca semnificativ și activ în comportamentul real al persoanei, este acel factor a cărui pondere depășește, într-un sens sau altul, zona de semnificație medie. În sistemul de normare în 11 clase standard utilizat de Cattell sunt semnificative pentru comportamentul real al persoanei acele trăsături care au o poziție de la cota standard 7 spre 10 sau de la cota 3 spre 0. Cu cât trăsătura este mai activă, cu un pol sau altul al ei, cu atât cota standard este mai extremizată (notele 10 și 0 indică, deci, un maxim activism al acelei trăsături în patrunul de personalitate care se exprimă prin caracteristicile specifice polului respectiv).

Cei 14 factori primari de personalitate, măsurați cu ajutorul Chestionarului H.S.P.Q sunt următorii:

**Factorul A** – schizotimie vs. ciclotimie

**Factorul B** – abilitate rezolutivă generală

**Factorul C** – instabilitate emoțională vs. stabilitate emoțională

**Factorul D** – temperament flegmatic vs. temperament excitabil

**Factorul E** – supunere vs. dominanță

**Factorul F** – nonexpansivitate vs. expansivitate

**Factorul G** – supraeu slab vs. forța supraeului

**Factorul H** – timiditate vs. curaj

**Factorul I** – duritate vs. sensibilitate

**Factorul J** – colectivism vs. individualism

**Factorul O** – încredere în sine vs. tendința spre autoculpabilizare

**Factorul Q<sub>2</sub>** – convențional vs. nonconformist

**Factorul Q<sub>3</sub>** – sentiment de sine slab vs. sentiment de sine puternic

**Factorul Q<sub>4</sub>** – tensiune ergică slabă vs. tensiune ergică secundară.

Au fost calculate, separat pentru cele două sexe, mediile și abaterile standard ale scorurilor brute pentru cele 4 scale ale Indexului Reactivității Interpersonale.

În continuare, pentru a determina dacă există diferențe semnificative între mediile aritmetice obținute de adolescenții din România pe care i-am testat și mediile aritmetice obținute de studenții la psihologie din S.U.A., testați de Davies, în vederea etalonării Indexului, am apelat la testul scorurilor *t* pentru eșantioane mici necorelate, în cazul băieților, și la testul *Z* pentru eșantioane mari necorelate, în cazul fetelor. Rațiunea utilizării unor teste diferite, pentru cele două sexe, în vederea evaluării semnificației diferențelor dintre medii, este legată de mărimea eșantioanelor ale căror medii au fost comparate.

Am realizat, apoi, studiul corelației existente între scorurile brute realizate de subiecții din România pentru fiecare dintre cele 4 scale ale Indexului Reactivității Interpersonale și scorurile brute realizate de aceștia pentru factorii primari de personalitate ai chestionarului H.S.P.Q., cu ajutorul coeficientului de corelație Pearson. Calculul coeficienților de corelație s-a făcut pe baza rezultatelor tuturor subiecților (*N*=53), indiferent de sexul acestora.

Totodată, am studiat intercorelațiile scorurilor brute obținute de adolescenții români la scalele Indexului Reactivității Interpersonale, pentru a observa dacă ipoteza independenței acestor scale se verifică.

#### 4. REZULTATE

În *tabelul 1*, sunt prezentate valorile mediilor și abaterilor standard obținute de adolescenții români alături de cele prezentate de Davies (1980).

La o primă inspectare a datelor din tabel, se poate observa că și în cazul adolescenților din România, pe care i-am evaluat cu ajutorul Indexului Reactivității Interpersonale, se menține tendința subiecților de sex feminin de a realiza medii aritmetice ale scorurilor brute mai mari decât cele ale băieților, pentru toate cele 4 subscale, la fel ca în cazul subiecților evaluați de Davies. Aceste date confirmă corectitudinea opțiunii lui Davies pentru etalonarea diferită, în funcție de sex, a scalelor Indexului.

Se mai poate constata, observând datele din tabel, că, atât pentru subiecții de sex masculin, cât și pentru cei de sex feminin, din România, mediile aritmetice ale scorurilor brute realizate sunt, în raport cu cele obținute de subiecții chestionați de Davies, mai mici pentru scalele de abordare a perspectivei, de imaginație și de preocupare empatică, dar mai mari pentru scara de distres personal.

În privința semnificației diferențelor mediilor aritmetice obținute de adolescenții din România, în raport cu mediile aritmetice ale subiecților lui Davies, în *tabelul 2* sunt prezentați coeficienții *t* calculați, în cazul subiecților de sex masculin pentru cele 4 subscale și semnificația acestor coeficienți, dată de compararea acestora cu valorile critice tabelare ale distribuției *t*, pentru pragurile de semnificație de .01 și .05 și pentru numărul gradelor de libertate corespunzător.

Se poate observa că există diferențe semnificative între mediile aritmetice ale scorurilor brute obținute de adolescenții de sex masculin din România și mediile aritmetice ale scorurilor brute obținute de subiecții de sex masculin chestionați de Davies, la un nivel de încredere de 99%, în cazul scalelor de abordare a perspectivei și de preocupare empatică, și la un nivel de încredere de 95%, în cazul scalei de imaginație.

Pentru scala de distres personal, diferența între cele două medii s-a dovedit a fi nesemnificativă.

Scorurile *Z* calculate, în cazul subiecților de sex feminin, pentru cele 4 subscale și semnificația acestor coeficienți, dată de compararea acestora cu valorile critice pentru pragurile de semnificație de .01 și .05 sunt prezentate în *tabelul 3*.

Diferențe semnificative între mediile aritmetice ale scorurilor brute obținute de adolescentele din România și mediile aritmetice ale scorurilor brute obținute de subiecții de sex feminin chestionați de Davies, au fost identificate, la un nivel de încredere de 99%, în cazul scalei de preocupare empatică, și la un nivel de încredere de 95%, în cazul scalei de distres personal.

Pentru scalele de abordare a perspectivei și de preocupare empatică, diferențele între medii s-au dovedit a fi, însă, nesemnificative.

Tabelul 1. Valorile mediilor aritmetice și ale abaterilor standard pentru cele 4 scale ale Indexului Reactivității Interpersonale

Sex		Scala de abordare a perspectivei		Scala de imaginație		Scala de preocupare empatică		Scala de distres personal	
		Davies	Adolesc. Romania	Davies	Adolesc. Romania	Davies	Adolesc. Romania	Davies	Adolesc. Romania
masculin	Media	16,78	13,79	15,73	12,79	19,04	14,86	9,46	10,36
	Deviația standard	4,72	4,10	5,60	4,37	4,21	3,59	4,55	5,03
	Nr. subiecți	579	14	579	14	579	14	579	14
feminin	Media	17,96	16,90	18,75	18,00	21,67	19,54	12,28	14,05
	Deviația standard	4,85	3,78	5,17	6,16	3,83	4,70	5,01	4,58
	Nr. subiecți	582	39	582	39	582	39	582	39

Tabelul 2. Semnificația diferențelor mediilor aritmetice pentru subiecții de sex masculin, pe baza testului scorurilor t

Scala	Scorul t calculat	Scorul t tabelar p=0,01	Scorul t tabelar p=0,05	Observații
Abordare a perspectivei	2,45			Diferență semnificativă la nivel de încredere de 99%
Imaginație	2,02	1,64	2,33	Diferență semnificativă la nivel de încredere de 95%
Preocupare empatică	3,83			Diferență semnificativă la nivel de încredere de 99%
Distres personal	0,76			Diferență nesemnificativă

Tabelul 3. Semnificația diferențelor mediilor aritmetice pentru subiecții de sex feminin, pe baza testului Z

Scala	Scorul Z calculat	Scorul Z tabelar p=0,01	Scorul Z tabelar p=0,05	Observații
Abordare a perspectivei	1,63			Diferență nesemnificativă
Imaginație	0,73			Diferență nesemnificativă
Preocupare empatică	2,73	1,96	2,58	Diferență semnificativă la nivel de încredere de 99%
Distres personal	2,29			Diferență semnificativă la nivel de încredere de 95%

Tabelul 4. Coeficienții de corelație semnificativi între scorurile brute ale scalelor Indexului Reactivității Interpersonale și scorurile brute ale factorilor primari de personalitate ai chestionarului H.S.P.Q.

Factorul de personalitate	Scala	Abordare a perspectivei	Imaginație	Preocupare empatică	Distres personal
Factorul E		$r = -0,31$ $p = 0,05$		$r = -0,42$ $p = 0,01$	
Factorul G		$r = +0,37$ $p = 0,01$			$r = -0,27$ $p = 0,05$
Factorul H				$r = -0,25$ $p = 0,05$	$r = -0,35$ $p = 0,01$
Factorul I		$r = +0,30$ $p = 0,05$	$r = +0,58$ $p = 0,01$	$r = +0,41$ $p = 0,01$	$r = +0,46$ $p = 0,01$
Factorul J				$r = -0,33$ $p = 0,05$	$r = -0,31$ $p = 0,05$
Factorul O					$r = +0,32$ $p = 0,05$
Factorul Q <sub>2</sub>				$r = -0,33$ $p = 0,01$	$r = -0,53$ $p = 0,01$



Corelația negativă moderată  $r = -0,31$  ( $p = 0,05$ ) între *factorul E* de personalitate și *scala de abordare a perspectivei* ar putea fi explicată prin tendința indivizilor dominanți de a fi mai egocentrice și, deci, mai puțin dispuși să adopte perspectiva celuilalt în evaluarea unei anumite situații.

Corelația negativă moderată  $r = -0,42$  ( $p = 0,01$ ) între *factorul E* de personalitate și *scala de preocupare empatică* poate fi pusă pe seama tendinței indivizilor dominanți de a avea un comportament mai combativ, chiar agresiv, comportament caracterizat și de o anumită duritate, care presupune, firește, o mai redusă preocupare și compasiune pentru alte persoane.

Corelația pozitivă moderată  $r = +0,37$  ( $p = 0,01$ ) între *factorul G* de personalitate și *scala de abordare a perspectivei* arată că indivizii cu un supraeu mai puternic, care manifestă o mai mare considerație pentru normele morale și sunt mai responsabili, au tendința de a acorda o mai mare atenție perspectivei celuilalt, de a privi lucrurile și din punctul de vedere al acestuia.

Corelația negativă moderată  $r = -0,27$  ( $p = 0,05$ ) între *factorul G* de personalitate și *scala de distres personal* indică o tendință a indivizilor cu supraeu mai puternic, mai conștiincioși și mai responsabili, de a trăi în mai mică măsură sentimente de anxietate și disconfort atunci când urmăresc experiențelor negative ale altora, decât indivizii cu un supraeu mai slab.

Corelația negativă moderată  $r = -0,25$  ( $p = 0,05$ ) între *factorul H* de personalitate și *scala de preocupare empatică* arată că indivizii mai timizi, preocupați pentru o „bună conduită” tind să fie, în același timp mai grijulii și mai dispuși să manifeste compasiune pentru alte persoane.

Corelația negativă moderată  $r = -0,35$  ( $p = 0,01$ ) între *factorul H* de personalitate și *scala de distres personal* arată că indivizii mai timizi, preocupați pentru o „bună conduită” și mai sensibili la amenințare tind, de asemenea, să trăiască un mai mare disconfort atunci când urmăresc experiențelor negative ale altora, decât indivizii mai curajoși, mai gregari și mai îndrăzneți.

Existența unor corelații pozitive moderate între *factorul I* de personalitate și toate cele 4 subscale ale Indexului Reactivității Interpersonale ( $r = +0,30$ ;  $p = 0,05$ , cu *scala de abordare a perspectivei*,  $r = +0,58$ ;  $p = 0,01$ , cu *scala de imaginație*,  $r = +0,41$ ;  $p = 0,01$ , cu *scala*

*de preocupare empatică*,  $r = +0,46$ ;  $p = 0,01$ , cu *scala de distres personal*) arată că indivizii crescuți într-un mediu care favorizează sensibilitatea și gustul estetic, mai blânzi, mai indulgenți, atât cu ei înșiși, cât și cu ceilalți, mai imaginativi, tind să aibă mai bune calități empatice (atât la nivel cognitiv, cât și emoțional), adică sunt mai dispuși să adopte perspectiva celuilalt, mai capabili să se transpună imaginativ în diverse situații ficționale, mai preocupați și mai grijulii față de ceilalți și mai susceptibili să trăiască sentimente de anxietate și disconfort atunci când sunt martori la suferințele altor indivizi.

Corelațiile negative între *factorul J* de personalitate și subscalele care vizează latura emoțională a empatiei ( $r = -0,33$ ;  $p = 0,05$ , cu *scala de preocupare empatică*,  $r = -0,31$ ;  $p = 0,05$ , cu *scala de distres personal*) arată că indivizii mai individualiști, mai dificil de satisfăcut, înclinați să acționeze pe cont propriu și să aibă resentimente atunci când sunt tratați nedrept tind să manifeste mai puțină compasiune și preocupare pentru ceilalți și sunt mai puțin afectați atunci când urmăresc experiențelor negative ale altora.

Corelația pozitivă moderată  $r = +0,32$  ( $p = 0,05$ ) între *factorul O* de personalitate și *scala de distres personal* indică tendința indivizilor mai anxioși și mai puțin încrezători în forțele proprii, mai deprimați și predispuși către sentimente de autoculpabilizare de a rezona mai puternic, din punct de vedere emoțional, la experiențele negative trăite de alții și de a resimți un grad mai mare de disconfort în astfel de situații, în comparație cu indivizii mai siguri pe ei și mai puțin anxioși.

Corelațiile negative între *factorul Q<sub>2</sub>* de personalitate și subscalele care vizează latura emoțională a empatiei ( $r = -0,33$ ;  $p = 0,01$ , cu *scala de preocupare empatică*,  $r = -0,53$ ;  $p = 0,01$ , cu *scala de distres personal*) arată că indivizii mai convenționali, mai dependenți de grup și mai influențabili, care caută în mai mare măsură aprobarea socială tind să fie mai preocupați și mai atenți cu ceilalți și să trăiască un disconfort mai mare când sunt martori la experiențele negative trăite de alții, decât indivizii mai independenți de grup.

În *tabelul 5* sunt prezentate intercorelațiile scorurilor brute ale scalelor Indexului Reactivității Interpersonale.

*Tabelul 5. Coeficienții de corelație semnificativi între scorurile brute ale scalelor Indexului Reactivității Interpersonale*

	Abordare a perspectivei	Imaginație	Preocupare empatică	Distres personal
Abordare a perspectivei				
Imaginație	$r = +0,36$ $p = 0,01$			
Preocupare empatică	$r = +0,48$ $p = 0,01$	$r = +0,51$ $p = 0,01$		
Distres personal				

Inspectarea coeficienților de corelație din tabel arată că, pentru adolescenții din România, există o corelație pozitivă moderată  $r = +0,36$  ( $p = 0,01$ ) între scorurile la *scala de abordare a perspectivei* și scorurile la *scala de imaginație*. o corelație pozitivă moderată  $r = +0,48$  ( $p = 0,01$ ) între scorurile la *scala de abordare a perspectivei* și scorurile la *scala de preocupare empatică* și o corelație pozitivă moderată  $r = +0,51$  ( $p = 0,01$ ) între scorurile la *scala de imaginație* și scorurile la *scala de preocupare empatică*.

Este interesant de remarcat că există corelații atât între două scale care vizează ambele latura cognitivă a empatiei (abordarea perspectivei și imaginația), cât și între fiecare dintre scalele dimensiunii cognitive a empatiei și *scala de preocupare empatică*, ce vizează latura emoțională a empatiei.

Cu alte cuvinte, scorurile obținute de subiecții pe care i-am testat pun la îndoială ipoteza independenței între scalele propuse de Davies (mai ales că intercorelațiile constatate nu sunt doar între scale ce vizează un singur



Cu alte cuvinte, scorurile obținute de subiecții pe care i-am testat pun la îndoială ipoteza independenței între scalele propuse de Davies (mai ales că intercorelațiile constatate nu sunt doar între scale ce vizează un singur domeniu, cel cognitiv, ci și între scale ce aparțin, una laturii cognitive a empatiei, iar alta laturii emoționale a acesteia).

## 5. CONCLUZII

Tendința fetelor de a realiza medii aritmetice ale scorurilor brute mai mari decât cele ale băieților, pentru toate cele 4 subscale, la fel ca în cazul subiecților evaluați de Davies, indică faptul că fetele tind ca, în medie, să aibă mai bune calități empatice decât băieții. Faptul că subiecții investigați de Davies au obținut scoruri mai mari la scalele de abordare a perspectivei, imaginației și preocupare empatică decât adolescenții din România ar putea fi pus pe seama unor diferențe de ordin cultural, dar și pe seama diferenței de vârstă (subiecții lui Davies având cu toții peste 18 ani, în timp ce adolescenții pe care i-am investigat aveau între 16 și 18 ani).

Steinberg (1993, 58) a arătat că intrarea în stadiul adolescenței presupune, la nivel cognitiv, dincolo de acumulările cantitative, și un salt calitativ: „Nu numai că adolescenții știu mai multe decât copiii – în fond, cu cât trăim mai mult, cu atât avem mai multe oportunități de a achiziționa lucruri noi, dar adolescenții, în realitate, *gândesc* în modalități care sunt mai avansate, mai eficiente și, în general, mai eficace”. Acest salt calitativ se datorează, desigur, apariției și dezvoltării operațiilor formale ale gândirii (Piaget, 1998).

Adolescenții devin capabili să adopte perspectiva altei persoane, să intuiască ce ar putea gândi sau simți aceasta, să îi înțeleagă punctul de vedere. Abilitatea nou dobândită de *adoptare a perspectivei altei persoane*, aduce importante beneficii. „A intra în pielea altuia” poate avea ca rezultat creșterea empatiei adolescenților, a sensibilității acestora în raport cu sentimentele altora. Studenții investigați de Davies au avut mai mult timp să exerseze și să-și perfecționeze această abilitate de adoptare a perspectivei altei persoane (abilitate pe care adolescenții români investigați fie nu o dobândiseră încă, fie abia și-o formau, fie deși o dobândiseră deja, nu au exersat-o suficient timp), ceea ce poate explica scorurile mai mari ale primilor la scale precum cea de adoptare a perspectivei și cea de imaginație.

Perioadele de absorție interioară extremă pot da naștere „egocentrismului adolescentin” (Elkind, 1974). Acesta presupune două tipuri de distorsiuni cognitive ale realității. Mai întâi, *audiența imaginară*, implică un sentiment sporit de autoconștientizare, astfel încât adolescentul își imaginează că propriul comportament este în centrul preocupărilor și atenției oricui altcuiva. În opinia lui Elkind (1974, 91), „adolescentul construiește sau reacționează continuu la o audiență imaginară. Este o *audiență* întrucât adolescentul crede că va fi centrul atenției și este *imaginară* pentru că, în

situația socială reală, nu este în mod obișnuit cazul de așa ceva”. O adolescență, de exemplu, s-ar putea îngrijora în legătură cu modul potrivit de a se îmbrăca pentru a participa la un concert, alături de alte câteva mii de oameni, până într-atât încât să pretindă că toată lumea va fi cu ochii pe ea. Date fiind limitările cognitive datorate egocentrismului adolescentin, ar fi greu de convins că „audiența” nu este, în întregime și permanent, preocupată de imaginea sau de comportamentul ei. În al doilea rând, *mitul personal* ține de credința egocentrică (și eronată) a adolescentului că experiența sa este unică. Astfel, un adolescent care a trăit o decepție în dragoste, ar putea pretinde că părinții săi nu îi pot înțelege suferința, deși este foarte posibil ca și aceștia să fi trecut prin astfel de experiențe.

Egocentrismul adolescentin ar putea explica scorurile mai mari ale adolescenților români, în raport cu scorurile subiecților lui Davies, la scala de distres personal. Raportarea mai pregnantă la sine a experiențelor trăite, datorată egocentrismului adolescentin, poate explica răsunetul afectiv mai puternic pe care observarea suferinței și disconfortului altora îl are asupra acestora. Studenții americani, mai mari ca vârstă, depășiseră deja stadiul egocentrismului adolescentin la data investigării lor, ceea ce poate explica media mai mică a scorurilor la scala de distres personal a acestora.

Ipoteza independenței între scalele Indexului Reactivității Interpersonale Davies nu este susținută de datele prezentei cercetări.

## 6. BIBLIOGRAFIE

- Davis, Mark H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy, *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85;
- Davies, Mark H. (1983), Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach, *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 113-126;
- Davies, Mark H. (1996), *Empathy: A Social Psychological Approach*, Ed. Westview Press, Boulder;
- Elkind, David (1974), *Children and adolescents (2<sup>nd</sup> edition)*, Ed. Oxford Press, New York;
- Marcus, Stroe (1997), *Empatie și personalitate*, Ed. Atos, București;
- Minulescu, Mihaela (1996), *Chestionarele de personalitate în evaluarea psihologică*, Ed. Garell Publishing House, București;
- Piaget, Jean (1998), *Psihologia inteligenței (ediția a II-a)*, Ed. Științifică, București;
- Sealy, Philip A.; Cattell, Raymond Bernard (1966), Adolescent personality trend in primary factors measured on the 16 P.F. and the H.S.P.Q. questionnaires through age 11 to 23, *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 5;
- Steinberg, Laurence (1993), *Adolescence (3<sup>rd</sup> edition)*, Ed. McGraw-Hill, New York.



# AMELIORAREA PROCESULUI GENERĂRII DE INFERENȚE PUNTE LA ELEVII CU DIFICULTĂȚI DE ÎNȚELEGERE

VIOREL MIH, CODRUȚA MIH

Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca, viorelmih@psychology.ro, codrutabozdog@yahoo.com

**ABSTRACT:** A text contains more information than what is explicitly expressed in text. Drawing inferences is an essential part of the comprehension process. Readers generate inferences that fill gaps in the main messages. Comprehenders of text attempt to a construct a meaning representation and supporting inferences in a fashion that achieves "coherence" at local and global levels. Inferences training may represent a powerful tool for children in their text-related activities (McGee & Johnson, 2003). Given feed-back about relationships between characters in a text enhanced third grade children's story comprehension as modifying the text so that the information was stated explicitly. This indicates that inference training may represent a powerful tool for children in their text-related activities.

**Cuvinte cheie:** înțelegere, text, inferențe punte, training formativ

## 1. INTRODUCERE

Identificăm două poziții diametral opuse, relativ la prerechizitele necesare inducerii de inferențe bazate pe text. Prima poziție acreditează ideea că abilitatea de reactualizare selectivă a unor cunoștințe din text (premisele), din a căror combinare poate rezulta o inferență, constituie garanția inițierii procesului inferențial. Cea de-a doua poziție, în schimb, postulează că deși cititorii slabi reactualizează input-urile lingvistice necesare generării unor deducții, prezintă totuși dificultăți în relaționarea acestor input-uri (Oakhill, 1994). Cauza acestor dificultăți rezidă în faptul că generarea unei inferențe presupune mai mult decât simpla activare și asociere a două informații. Este vorba de o operație de combinare și implică ideea de salt calitativ. Ne propunem să testăm măsura în care unele competențe ale generării de inferențe bazate pe text pot fi ameliorate. Strategia la care vom recurge va fi centrată pe tehnica feed-back-ului.

Redăm câteva principii generale, sintetizate din literatură, relativ la oferirea de feed-back (Weaver, 1994).

Se recomandă astfel:

- (a) oferirea unui feed-back imediat după răspunsul corect dat de către un elev; acest feed-back ar trebui să sublinieze simplu, corectitudinea răspunsului (Harvey, Stephanie & Goudvis, 2000).
- (b) oferirea de feed-back după un răspuns incorect ar trebui să fie: imediată; să sublinieze răspunsul corect; să argumenteze motivele pentru care acest din urmă răspuns este cel corect.
- (c) în situația în care o sarcină vizează înțelegerea modului în care funcționează o anumită regulă (ca de exemplu învățarea unei noțiuni, pe baza discriminării exemplelor de contraexemple), feed-back-ul trebuie să ilustreze pe bază de exemple/contraexemple, funcționalitatea regulii respective.

Pornind de la studiile lui Bassiri (2007) și Kucan & Beck (1997) am conceput o procedură de instrucție, ce utilizează un feed-back explicit relativ la modul de construcție a unei inferențe bazate pe text. Intenționăm prin intermediul acestei proceduri reliefa (a) rolul feed-back-ului explicativ în dezvoltarea abilităților de generare a unor deducții. și

(b) măsurii în care pot fi transferate aceste abilități în procesarea altor materiale.

Obiectivul principal al studiului prezent vizează transferul potențial al următoarelor aspecte:

- (a) modalități de identificare a unor premise și a unor constrângeri dintr-un pasaj;
- (b) proceduri de constituire a unor chunks-uri pe baza combinării premisei și constrângerii. Cele două elemente trebuie să fie activate simultan în memoria de lucru pentru ca subiectul să poată oferi răspunsuri pertinente la întrebările inferențiale;

- (c) cunoștințe procedurale necesare generării de inferențe, independente de conținutul pasajului.

Carmine et al., (1982), a dat elevilor sarcina să citească unele pasaje ce conțineau două categorii specifice de informații. Cele două tipuri de informații constituiau componentele unei deducții. Astfel, prima informație conferă cadrul de bază pentru producerea unui eveniment probabil și o numim regulă. O regulă descrie fie: (a) un obiectiv pe care încearcă să-l atingă unul din personajele unei narațiuni, fie (b) un proces general ce se desfășoară cu o anumită regularitate. Regula în această ultimă accepțiune, corespunde la ceea ce numește Kintsch, (1998) strategie sau algoritm. Al doilea tip de informație este constrângerea și vizează aplicarea contextuală a regulii, mai precis circumscrierea limitelor în care poate fi aplicată regula respectivă. Inferența rezultată din combinarea celor două premise este o judecată aproximativă. Evenimentele conținute în această judecată au loc cu o anumită probabilitate. De altfel, acest tip de inferență reprezintă practic o extensie a faptelor din viața cotidiană.

Pe baza acestui principiu am conceput mai multe pasaje. De pildă, într-unul din pasajele-stimul ale experimentului, regula era următoarea: "doi băieți doreau să campeze undeva în apropierea unei ape". Constrângerea rezulta din răspunsul monitorului campingului, care le-a spus băieților că nu mai dispune decât de două locuri de campare, dintre care unul este lângă un lac, iar celălalt se află lângă un magazin.

Din coroborarea regulii (intenționalității) cu constrângerea, rezultă inferența cea mai plauzibilă: "băieții au decis să campeze mai degrabă lângă lac



decât lângă magazin". Această concluzie este desigur discutabilă, dar conține evenimentul cu șansa cea mai crescută de realizare.

Data fiind o regulă și o constrângere, inducerea unei inferențe punte (prin răspunsul la întrebarea "Unde au campat băieții?") implică îndeplinirea a trei condiții:

(a) În primul rând, subiecții trebuie să-și reamintească din pasaj informația reprezentată de regulă;

(b) În al doilea rând, elevii trebuie să reactualizeze informația corespunzătoare constrângerii, respectiv a condiției ce face posibilă aplicarea regulii;

(c) În ultimul rând, elevii trebuie să constituie două chunks-uri independente de informație, pe care să le mențină activate simultan în memoria de lucru de lungă durată a textului (Kintsch, 1998). Cele două chunks-uri formează input-ul procedurii cognitive numită inferență bazată pe text, și rezultă din combinarea regulii cu constrângerea. Cea de-a treia condiție vizează cunoștințele procedurale. Aceste cunoștințe procedurale sub formă de reguli sunt procesări de informație realizate de către un adult, de regulă în mod automatizat. În schimb, la copii și cu precădere la copiii ce prezintă un deficit al înțelegerii, emitem ipoteza că aceste cunoștințe procedurale nu funcționează eficient. În mod logic, toate cele trei condiții – accesul ambilor termeni și aplicarea procedurii, ce transformă cele două input-uri, sunt condiții necesare și suficiente pentru construirea unei inferențe plauzibile bazate pe text.

**Ipoteza studiului:** oferirea unui feed-back explicativ detaliat asupra termenilor unei inferențe (regulă + constrângere) ameliorează procesul generării de inferențe punte la elevii cu dificultăți de comprehensiune.

## 2. METODOLOGIA CERCETĂRII

**Subiecții.** Lotul de subiecți este constituit dintr-un număr de douăzeci și șase de elevi ce prezintă probleme de comprehensiune. Vârsta participanților era cuprinsă între 9-10 ani, fiind elevi în clasa a III-a, la trei școli din Cluj. Jumătate dintre elevi au fost integrați în lotul experimental, iar cealaltă jumătate în lotul de control. Elevii selectați în experiment se situau în primele trei clase normalizate ale TECC.

**Materialele.** Au fost redactate 10 pasaje de aproximativ 150 de cuvinte structurate după o metodă propusă de Carnine & Kameenui (1997) și Carnine et al. (1982). Fiecare pasaj conținea (a) o problemă, (b) o regulă, ce solicita o rezolvare a problemei, (c) o constrângere ce pune în corespondență regula cu modul de rezolvare a problemei, (d) o informație distractoră, care aparent ar putea să rezolve problema și (e) informația irelevantă. Instrumentele pentru fazele pretest și posttest erau constituite din șase pasaje (câte trei pentru fiecare fază). Celelalte patru pasaje care au rămas, au fost utilizate în cadrul sesiunilor de instruire. Corespunzător fiecărui pasaj, au fost redactate câte cinci întrebări. Prima întrebare solicita din partea elevului generarea unei inferențe bazată pe text, fiind structurată din două părți: prima parte viza deducția propriu zisă (Unde a campat Mihai?); cea de-a doua parte solicita din partea elevului o justificare a deducției (De ce?). Răspunsul la această ultimă întrebare reclamă o reactivare atât a regulii, cât și a constrângerii. Este important de subliniat faptul că

cele două chunks-uri de informație nu se amorsează reciproc, cu alte cuvinte nici o informație (element explicit de coerență a textului) prezentă în întrebarea inferențială nu facilitează reamintirea regulii sau a constrângerii. Răspunsul la întrebarea "de ce?" este un indiciu necesar pentru a ne asigura măsura în care elevul este capabil să reactualizeze și să asocieze cunoștințele din text ce sunt necesare procesului inferențial.

**Procedura.** La experiment au participat două grupe de elevi: una experimentală, supusă unei faze de antrenament în scopul învățării generării unor inferențe bazate pe text, și una de control. Inițial, cele două grupe de elevi au fost echivalente, relativ la performanțele de comprehensiune, (testul  $t$ ,  $t = 0,45$ ,  $p = .70$ ) indicând diferențe ne semnificative între grupe la TECC). Toți elevii au fost supuși în prealabil unei faze de preantrenament. Pentru a stabili nivelul inițial al performanțelor celor două grupuri, imediat după faza de preantrenament, ambelor grupe li s-a administrat câte un pretest. Pretestul conținea trei pasaje și trei seturi formate din câte șase întrebări fiecare. Imediat după citirea pasajelor subiecții urmau să răspundă la acele întrebări.

În faza de antrenament elevii grupului experimental au fost instruiți pe parcursul a opt ședințe de către un grup de trei tutori (studenți în anul II la Colegiul de Instituturi) (fiecarui tutore fiindu-i repartizată o grupă de patru elevi). Pentru a reduce eterogenitatea privind procedurile instructionale, pe care urmau să le implementeze cei trei tutori pe parcursul sesiunilor de antrenament, a fost realizat un protocol standardizat, ce surprindea principalele secvențe ale fazei de antrenament. Suplimentar, tutorilor le-a fost oferit și un al doilea protocol, ce conținea (a) itemii întrebare ce urmau să fie adresați elevilor și (b) răspunsurile aferente acestor întrebări.

În final, elevilor li s-a administrat un post-test similar pretestului (practic o formă paralelă a pretestului) pentru a înregistra cunoștințele procedurale transferate. Colecția de date supusă analizei statistice a rezultat ca urmare a prelucrării celor două tipuri de proto-coale (pretest și pos test).

Faza de preantrenament a fost concepută în scopul evitării posibilelor discrepanțe dintre grupuri și implicit pentru nivelarea diferențelor dintre subiecți, relativ la înțelegerea sarcinii. Rolul acestei faze era să familiarizeze elevii cu cerințele sarcinii, mai precis să facă transparentă sarcina în termenii elevului. În acest scop am elaborat două pasaje similare cu cele utilizate în faza de pretest și posttest. În cadrul acestei faze tutorele parcurgea împreună cu elevul câțiva pași. Astfel, inițial, tutorele citea cu voce tare fiecare pasaj, pentru a preîntâmpina anumite probleme de decodare și unele dificultățile majore de procesare. Între timp, elevul urmărea fiecare cuvânt /rând al textului citit pe o copie a pasajului, pe care o primise în prealabil. Imediat tutorele (a) citea primul item, respectiv întrebarea inferențială. (b) repeta întrebarea inferențială. (c) repeta răspunsul elevului, (d) solicita elevului să sublinieze expresiile din pasaj în baza cărora își întemeiază răspunsul. Dat fiind faptul că elevii cu vârsta de 9-10 ani nu dispun încă de o capacitate de argumentare bine



structurată (și cu atât mai mult cei cu dificultăți de înțelegere) pe baza cărora să poată oferi răspunsuri întemeiate la întrebarea "de ce?", considerăm că indicarea celor două expresii argumentează indirect răspunsul la întrebările vizate. Postulăm de asemenea că sublinierea corectă de către elev a celor două expresii denotă abilitatea acestuia de-a recunoaște implicit regula și constrângerea, în baza cărora este elaborată inferența.

**Grupul de control.** În faza de preantrenament, la grupul de control, după ce copilul sublinia răspunsul, tutorele repeta întrebarea inferențială și indica răspunsul corect. Existau două situații. În condițiile în care răspunsul oral al elevului la întrebarea deductivă era corect (mai precis inferența era formulată pe baza unei parafraze a regulii și a constrângerii), tutorele mulțumea elevului pentru faptul că a ascultat cu atenție textul și că a subliniat răspunsurile. Dacă răspunsul elevului era incomplet sau incorect, tutorele îi indica răspunsul corect. În ambele situații, tutorele utiliza un creion colorat pentru a sublinia pe copia elevului informația dată de regulă și de faptul critic.

**Grupul de antrenament.** Comparativ cu elevii din lotul de control, elevilor din lotul experimental le-a fost acordat un feed-back pe baza unor explicații repetate (Duffy et al., 1987). Astfel, ca și principiu general, tutorele le explica și le demonstra elevilor pe de o parte

modul în care poate fi aplicată regula, iar pe de altă parte modul în care poate fi utilizată constrângerea pentru a genera o deducție corectă bazată pe informația textului. Acest proces implica (a) conștientizarea de către elev a problemei ridicată de pasaj, precum și (b) indicarea și sublinierea regulii și a constrângerii (tutorele indicând din nou cele două componente, chiar dacă elevul a făcut alegerea corectă) pe parcursul citirii cu voce tare. Se discuta de asemenea motivul pentru care era considerată constrângere în relație cu problema pusă și se încercau fiecare expresie ce se regăsea în text.

Descriind și exemplificând modul de coroborare a regulii cu constrângerea, pe parcursul explicațiilor, tutorele încercau expresiile corespunzătoare regulii și cele corespunzătoare constrângerii și le unea printr-o linie. Explicația se finaliza cu descrierea explicită a modului în care se poate elabora o deducție pornind de la acest tip de informații.

### 3. REZULTATE ȘI DISCUȚII

Rezultatele sunt prezentate în tabelul 1 și sintetizează mediile și abaterile standard corespunzătoare diverselor tipuri de variabile evaluate, pentru grupurile experimental și de control, în fazele de pretest și posttest.

Tabelul 1. Mediile și abaterile standard ale numărului de reactualizări în funcție de variabilă, tipul de grup și situația de testare

Variabila		Grup experimental		Grup control	
		Pretest	Post test	Pretest	Post test
Inferența	M	1,21	1,75	1,10	1,32
	$\sigma$	(0,72)	(0,47)	(0,93)	(0,47)
Reactualizarea regulii	M	0,76	0,83	0,81	0,72
	$\sigma$	(0,84)	(0,33)	(0,77)	(0,61)
Reactualizarea constrângerii	M	0,43	0,54	0,43	0,88
	$\sigma$	(0,50)	(0,52)	(0,65)	(0,63)
Motivarea regulii	M	0,53	0,96	1,10	0,87
	$\sigma$	(0,31)	(0,50)	(0,87)	(0,59)
Motivarea constrângerii	M	0,39	0,88	0,48	0,65
	$\sigma$	(0,42)	(0,48)	(0,76)	(1,10)

După cum rezultă în urma prelucrării statistice a datelor, în pretest nu s-au înregistrat diferențe semnificative relativ la numărul de inferențe generate, între cele două categorii de subiecți (grup de control vs experimental) ( $F(1, 22) = 1, p=ns$ ). Ca atare, suntem îndreptățiți să considerăm că din start, cele două grupe de subiecți au fost echivalente în ceea ce privește capacitatea inferențială. De asemenea, nu s-au înregistrat efecte semnificative în cadrul grupului de control între fazele pretest-posttest la nici una din variabilele luate în calcul ( $F(1, 22) < 1, p=ns$ ).

Dat fiind faptul că ipoteza reclamă evaluarea impactului antrenamentului asupra celor două grupuri de subiecți, am analizat diferențele performanțelor în pos-test pentru următoarele variabile: inferențe, motivarea inferențelor, reactualizarea regulii și a constrângerii. Compararea între rezultatele din pretest și posttest la grupul experimental a evidențiat un profit semnificativ la următoarele variabile: inferențe ( $t(22) = 2,14, p < .05$ ) și motivarea regulii ( $t(22) = 2,12, p < .05$ ) și a

constrângerii ( $t(22) = 2,69, p < .05$ ). Aceste date confirmă ipoteza.

Este important de remarcat faptul că nu au fost evidențiate diferențe semnificative între pretest și posttest între performanțele de reactualizare a conținuturilor corespunzătoare regulii și ale constrângerii la cele două grupe de elevi. Acest fenomen este oarecum în contradicție cu cel înregistrat în experimentul anterior, ce evidenția o creștere semnificativă a prestațiilor mnezice, inclusiv pentru conținuturile care nu au făcut obiectul antrenamentului (inferențe literale).

Propunem spre discuție - pornind de la datele experimentale obținute - cele două poziții teoretice, prezentate în partea introductivă, relative la procesul inducerii de deducții. (1) Prima poziție susține că simpla reactualizare selectivă a informației din text, în vederea constituirii unei inferențe, constituie o garanție a elaborării efective a acelei inferențe. (2) În schimb, cea de-a doua poziție stipulează că, deși cititorii SD reactualizează input-urile necesare demarării procesului



inferențial, întâmpină rezistențe în combinarea acelor input-uri în vederea derivării unei inferențe.

Dată fiind o regulă și o constrângere, inducerea unei inferențe bazate pe informațiile textului (prin răspunsul la întrebarea: "Unde au campat băieții?") implică parcurgerea a trei pași. În primul rând, subiecții trebuie să-și reamintească din pasaj informația reprezentată de regulă. În al doilea rând, copiii trebuie să reactualizeze informația corespunzătoare constrângerii, respectiv a condiției ce face posibilă aplicarea regulii. În ultimul rând, este necesară constituirea a două chunks-uri independente de informație, care trebuie menținute simultan activate în memoria de lucru de lungă durată. Cele două chunks-uri formează input-ul unei proceduri cognitive numită inferență bazată pe text. Această inferență rezultă pe baza combinării regulii cu constrângerea.

Cea de-a treia condiție vizează dobândirea unor cunoștințe procedurale. Cunoștințele procedurale sunt reprezentate sub formă de reguli / proceduri și constituie procesări de informație pe care cititorii performanți le realizează în mod automatizat. În schimb, la copii și cu precădere la copiii ce prezintă un deficit al înțelegerii postulăm că aceste proceduri nu funcționează eficient. În mod logic, toate cele trei condiții – accesul ambilor termeni și aplicarea procedurii, ce transformă cele două input-uri, reprezintă premise necesare și suficiente pentru construirea unei inferențe plauzibile, bazată pe conținutul textului. Pe baza acestui flux de argumentare putem infera o anume rezistență de care dau dovadă SD, în alăturarea celor două informații și compatibilizarea lor simultană.

Pot fi identificați trei factori ca fiind potențial responsabili de prezența unor performanțe inferențiale mai reduse ale elevilor grupului de control în post-test:

(a) accesul ineficient al informației corespunzătoare regulii;

(b) accesul ineficient al constrângerii;

(c) funcționarea ineficientă a procedurii pe baza căreia se accesează și se combină conținutul regulii cu cel al constrângerii.

Una din cauzele dificultății inducerii de inferențe la elevi este că instrucțiunile obișnuite din clasă nu solicită generarea unor astfel de inferențe. Lecțiile cu elevii slabi se concentrează în cea mai mare parte asupra deprinderilor de citire obișnuită și asupra recunoașterii cuvintelor. Astfel că resursele temporare alocate instrucțiunilor de comprehensiune sunt minime (Kos, 1991), iar din aceste resurse o pondere și mai mică este alocată procesului inferențial bazat pe conținuturile textului. În concluzie, putem afirma că studiul atestă și întărește faptul că elevii care participă la instrucțiuni explicite de învățare a unor inferențe înțeleg mult mai rapid solicitările sarcinii și implicit sensul textului.

#### 4. BIBLIOGRAFIE

- Bassiri, D. (2007). Effects of explaining the reasoning associated with using reading strategies. *Reading Research Quarterly*, 22, 347-368.
- Camine, D., Silbert, J., Kameenui, E. J. (1997). *Direct instruction reading* (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Carnine, D. W., Stevens, C., Clements, J., Kameeui, E. J. (1982). Effects of facilitative questions and practice on intermediate students "understanding of character motives". *Journal of Reading Behaviour*, 14, 179-190.
- Day, J. D., Zajakowski, A. (1991). Comparisons of learning ease and transfer propensity in poor and average readers. *Journal of Learning Disabilities*, 24, 421-426.
- Harvey, M., Stephanie, L., Goudvis, P. (2000). *Strategies that work: teaching comprehension to enhance understanding*. York, Maine: Stenhouse Publishers.
- Kintsch, W., (1991). *A theory of discourse comprehension: Implications for a tutor for word algebra problems*. In M. Pope, R. J. Simmons, J. I. Pozo, & M. Caretero (Eds.), *Proceedings for the 1989 EARLI conference* (pp.235-53). London: Pergamon Press.
- Kintsch, W. (1998). *Comprehension: A paradigm for cognition*. New York: Cambridge University Press.
- Kintsch, W., van Dijk, T. A. (1978). Toward a model of text comprehension and production. *Psychological Review*, 85, 363-394.
- Kucan, L., Beck, I. L. (1997). Thinking aloud and reading comprehension research: Inquiry, instruction, and social interaction. *Review of Educational Research*, 67, 271-299.
- McGee, A. and Johnson, H. (2003). 'The effect of inference training on skilled and less skilled comprehenders', *Educational Psychology*, 23, 1, 49-59.
- McNamara, T. P., Miller, D. L., Bransford, J. D. (1991). Mental models and reading comprehension. In R. Barr, M. L. Kamil, P. B. Mosenthal, P. D. Pearson (Eds.), *Handbook of reading research: Vol. II* (pp. 490-511). New York: Longman.
- Oakhill, J. V. (1994). Individual differences in children's text comprehension. In Gernsbacher M.A. (Eds.) (pp.821-848) Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Weaver, C. (1994). *Reading processes and practice: From socio-psycholinguistics to whole language* (2nd ed.). Portsmouth, NH: Heinemann.
- Winograd, P. & Hare, V.C. (1988). Direct instruction of reading comprehension strategies: The nature of teacher explanation. In C.E. Weinstein, E.T. Goetz & P.A. Alexander, eds., *Learning and Study Strategies: Issues in Assessment Instruction and Evaluation* (pp. 121-139). San Diego: Academic Press.



# PROGRAM DE INTERVENTIE PSIHOPEDAGOGICĂ LA ELEVII CU DEFICIT DE ATENȚIE ȘI HIPERACTIVITATE

CLAUDIA-DOINA GREC

Centrul Școlar pentru Educație Incluzivă Nr.1, Tîrgu-Mures, România, claudiagrec@yahoo.com

**ABSTRACT:** The present research aims to investigate the efficacy of an educational intervention program structured by educational techniques designed to develop organizational skills of children with attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD). The set of techniques can be easily implemented by the teacher in the context of the curricular area Language and communication. Attention deficit, hyperactivity / impulsivity and deficits in executive functioning expose children to the risk of poor school performance, social isolation and antisocial behavior. The biggest challenge for a teacher is to maintain the interest of a child diagnosed with attention deficit and hyperactivity, to accept and appreciate him. Starting from the principle of differentiated instruction, the application of educational intervention programs in the case of students with attention deficit and hyperactivity disorder, we can hope to provide equal opportunities for all students.

**Key words:** executive functions, learning difficulties, organizational skills, intervention programs, neuropsychological tests, school performance.

## 1. INTRODUCERE

Deficitul de atenție și hiperactivitate (ADHD) este o tulburare de dezvoltare neuropsihică care vizează autocontrolul, împiedică dezvoltarea normală, afectează activitățile zilnice și fiecare aspect al vieții sociale a copilului, inclusiv relațiile familiale, școlare, de joacă. De cele mai multe ori, tulburarea este adresată în contextul școlii, iar intervenția rămâne la latitudinea tactului pedagogic și a cunoștințelor cadrului didactic. Deficitele de atenție, hiperactivitatea/ impulsivitatea ca și deficitele în funcționarea executivă îi expun pe acești copii riscului slabei performanțe școlare, izolării sociale și comportamentelor antisociale. Copiii cu deficit de atenție și hiperactivitate (ADHD) își însușesc mai greu deprinderi de organizare, planificare, management al timpului, în comparație cu colegii lor din școala de masă. În ce măsură aceste deficite afectează performanța școlară? Nu mai departe de deprinderile de organizare se găsește răspunsul; copiii trebuie să-și noteze temele pentru acasă, să-și organizeze proiectele, să-și împartă timpul de studiu, să mențină un optimum motivațional și să-și mențină atenția concentrată pentru perioade considerabile de timp; profesori diferiți cu cerințe diferite, un volum mare de materiale și cerințe. Cadrul didactic este cel care încearcă să corecteze și să recupereze o serie din deficitele pe care acești copii le prezintă. Acest demers este de cele mai multe ori de tipul încercare - eroare.

Mediul școlar este un context care necesită planificare, control, coordonare și evaluare a interacțiunilor și modurilor de participare activă în procesul instructiv-educativ. Ca urmare școala reprezintă un context propice pentru exersarea auto-controlului (Miranda et al., 2006). În același timp, școala este o provocare pentru copiii cu deficit de atenție și hiperactivitate, această tulburare fiind diagnosticată, de cele mai multe ori, după debutul școlar. adică după 7 ani. tocmai datorită accentuării simptomelor ca urmare a creșterii cerințelor de atenție, organizare și a altor responsabilități școlare. Astfel copiii cu deficit de atenție și hiperactivitate au un risc

ridicat de a avea rezultate academice mai slabe și dificultăți de învățare.

Deși au existat mereu dezbateri pe baza naturii relației între deficitul de atenție și hiperactivitate și tulburările specifice de învățare, există dovezi concludente ale ratelor ridicate considerabil ale tulburărilor specifice de învățare (dificultăți întâmpinate la citire, matematică sau exprimare scrisă) în rândul acestor elevi (Cantwell și Baker 1991).

## 2. DIFICULTĂȚILE DE ÎNVĂȚATE LA ELEVII CU ADHD – ASPECTE GENERALE

Sintagma dificultățile de învățare „se referă la un grup de tulburări ce se exprimă prin dificultăți semnificative în achiziționarea și utilizarea receptării și înțelegerii limbajului, a vorbirii, scrierii, citirii (literizării, silabisirii), a raționamentului și abilităților matematice, ca și unor abilități sociale. Aceste tulburări sunt intrinseci individului și se presupune că sunt datorate unor disfuncții minimale ale Sistemului nervos central” (Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders - ICLD Jurnal 1987, p. 222, în Ungureanu, 1998). Aceasta îi include și pe cei care pot avea caracteristicile deficitului de atenție și hiperactivitate (ADHD) sau deficitul atențional (ADD). Având în vedere criteriile circumscrise, elevii cu dificultăți de învățare au o inteligență medie sau peste medie, dar au tulburări de decodificare atunci când primesc stimuli de la simțurile lor. Există o discrepanță semnificativă între capacitatea lor după cum a fost măsurată pe baza unui test IQ (coeficient de inteligență) individual și performanțele lor școlare evaluate de către profesorii lor. De exemplu, unii elevi percep în mod eronat limbajul simbolic, dar pot fi extrem de capabili atunci când vine vorba de reprezentări concrete. Cuvintele și numerele nu au sens logic pentru ei atunci când se află în afara unui context concret semnificativ.

Persoanele cu dificultati de învățare au probleme de învățare pe parcursul întregii vieți. Dificultățile de învățare nu pot fi "învinse", ci mai degrabă, persoana afectată dezvoltă strategii pentru a le face față. De



exemplu, mulți elevi cu dificultăți de învățare au dezvoltat o atitudine "nu-mi pasă" pentru a distrage atenția de la incapacitatea lor de a îndeplini sarcinile școlare. Este posibil ca dificultățile de învățare să le fi afectat, de asemenea, creșterea în ceea ce privește coordonarea fizică și dezvoltarea emoțională. Aceștia pot fi în imposibilitatea de a detecta subtilitățile care le permit oamenilor să funcționeze adecvat în situații sociale și prin urmare, pot prezenta comportamente inacceptabile social. Unele persoane sunt supuse stresului și tensiunii constante din cauza dificultății de învățare, fapt ce poate declanșa simptome fizice și poate inhiba capacitatea de a învăța.

Elevii cu deficit de atenție și hiperactivitate pot avea dificultăți de învățare datorită tulburărilor de percepție vizuală, percep litera în poziții diferite de modul în care sunt scrise. Aceștia pot confunda stânga și dreapta și pot avea probleme în a distinge obiecte importante de mediul în care se află. Din aceasta cauză, omit cuvinte sau pierd rândul atunci când citesc. Pot avea, de asemenea, probleme cu coordonarea ochi-mână, ceea ce duce la apariția stângăciei în activitatea fizică. În cazul *dislexiei*, unele persoane percep încorect literele și cuvintele și pot percepe unele litere invers, cum ar fi "b" în loc de "d" și așa mai departe.

Afecțiunea numită *hiperlexia* afectează unii copii (mai ales băieți) care par să fi învățat să citească între vârsta de 18 luni și 2 ani, dar sunt în imposibilitatea de a înțelege ceea ce au citit. Aceștia pot prezenta tulburări neobișnuite de învățare a limbajului, cum ar fi insuficiența marcată în capacitatea de a iniția sau susține conversații și probleme în dezvoltarea socială. Hiperlexia este asociată cu autismul.

Elevii cu tulburări de procesare fonologică au dificultăți în a distinge diferențele subtile între sunetele cu punct de articulare apropiat sau între consoanele surde și sonore care pot sta la originea înțelegerii eronate a cuvintelor. Din aceasta cauză le este foarte dificil să urmeze instrucțiunile, în special în cazul în care primesc mai multe deodată. Dispariția sau reducerea stării de vigilență datorită factorilor perturbatori, atenția nu poate fi focalizată și este posibil să nu fie capabili să ignore zgomotul de fundal, dând impresia că nu acordă niciodată atenție. Este posibil să aibă nevoie de mai mult timp pentru a procesa sensul a ceea ce aud, pierzându-și locul în discuții, deoarece încearcă în continuare să înțeleagă un lucru care a fost spus cu câteva momente înainte. Atunci când sunt solicitați, aceștia par absorbiți de alte probleme, nu au capacitatea de a-și menține atenția focalizată față de agenții perturbatori, asupra sarcinii, astfel că nu pot ține pasul cu ceea ce s-a spus, chiar dacă ceilalți elevi nu cred că ritmul a fost inadecvat.

Pot fi prezente tulburări în achiziția limbajului, în comunicarea verbală a propriilor gânduri sau pot fi capabili să transmită informații simple prin comunicare interumană, dar incapabili să răspundă la întrebări specifice. Unii pot avea dificultăți în a înțelege ceea ce le spun ceilalți. O parte a problemei rezultă din incapacitatea de a codifica conținutul informațional al mesajului verbal și de a-l reactualiza atunci când este nevoie.

Elevii hiperactivi pot prezenta tulburări în autoreglarea activității musculare sau motorii, pot fi într-o continuă mișcare. Pot trece de la sarcină la sarcină, fără a termina nimic, sau pot insista pe o singură sarcină cu care au avut succes, ignorând alte sarcini pe care ar trebui să le îndeplinească.

Elevii cu impulsivitate par să trăiască într-un mod cu totul aleatoriu, cedând la ceea ce le atrage atenția. Copiii impulsivi își pot focaliza și menține atenția asupra sarcinii cu dificultate, pentru o perioadă scurtă de timp și pot acționa fără a gândi în prealabil.

Elevii cu dificultăți de atenție sunt incapabili să diferențieze între stimulii importanți și distractori. Ei sunt neorganizați deoarece nu pot parcurge procesele de gândire într-o manieră ordonată. Focalizarea atenției este deplasată de la sarcina curentă. De multe ori elevii au dificultăți în transferarea informațiilor concrete la aplicațiile abstracte. Memoria lor pe termen scurt sau lung poate fi afectată, iar ei uită ce au învățat.

### 3. IPOTEZELE ȘI OBIECTIVELE CERCETĂRII

Ipoteza cercetării:

Aplicarea consecventă a unui program de intervenție psihopedagogică care se bazează pe strategii de organizare cu caracter general, la elevii cu deficit de atenție și hiperactivitate din clasele II-IV, contribuie la eficientizarea învățării, prin formarea strategiilor de auto-educare și autoreglare.

Ipotezele specifice ale cercetării:

1. Tipurile de ADHD se asociază în mod diferit cu dificultățile specifice de învățare din sfera citit-scrisului.
2. Profilul de funcționare executivă pus în evidență prin teste neuropsihologice se relaționează în mod diferit cu performanța școlară în sarcini de scris-citit.

Derularea activităților de investigare pentru testarea ipotezelor mai sus formulate au avut la bază următoarele obiective:

- O1. Descrierea specificului funcțiilor executive pentru simptomele prezente în deficitul de atenție și hiperactivitate.
- O2. Studiul posibilei corelații între profilul funcționării executive și cel al dificultăților de învățare.
- O3. Elaborarea componentei programului de intervenție educativă structurat de tehnici educaționale destinat dezvoltării deprinderilor de organizare ale copiilor cu deficit de atenție și hiperactivitate (ADHD).

### 4. METODOLOGIA CERCETĂRII

Design-ul cercetării este un design experimental intrasubiecți, de tipul pretest-intervenție-posttest. Variabila independentă este intervenția.

Cercetarea s-a realizat pe un lot de 60 de elevii din clasele II-IV, cu deficit de atenție și hiperactivitate, tipul Neatent, Hiperactiv/Impulsiv și Combinat, integrați în învățământul de masă. Elevii fac parte din diferite clase aparținând mai multor școli. În prealabil s-a solicitat acordurile elevilor, cadrelor didactice de la clasă și părinților pentru a participa la această intervenție pedagogică. Criteriul gen nu a fost operaționalizat întrucât nu s-au înregistrat diferențe semnificative raportate la acest criteriu.

Instrumentarul psihopedagogic utilizat a fost: probe de dictare; comprehensiunea unui text audiat; testul



L'alouette (Ciocărlia); proba de comprehensiune a lecturii; Compunerea după imagine; Proba figurii complexe Rey; subtestul Turnul (Nepsy).

Cercetarea de față s-a realizat în două etape:

Prima etapă a constat în utilizarea unor instrumente de evaluare pedagogice care au fost aplicate la toată clasa de elevi, unde existau și elevi cu deficit de atenție și hiperactivitate, pentru a observa dacă aceștia prezintă tulburări lexiche și/sau grafice. De asemenea scopul aplicării la clasă a unui instrument pedagogic a fost de a observa comportamentul elevilor cu deficit de atenție și hiperactivitate în timpul unei activități la clasă. Mulți elevi cu deficit de atenție și hiperactivitate sunt ușor de distrași și au dificultăți în a-și concentra atenția asupra sarcinilor atribuite. S-au aplicat 2 probe de dictare: unul din ele fiind alcătuit din cuvinte și propoziții izolate, iar celălalt dintr-un text de opt rânduri. Literatura de specialitate vorbește despre o receptivitate sporită față de greșelile specifice de transpunere a limbajului oral în limbajul scris – cuvintele mai dificile pentru pronunție, care sunt compuse dintr-un număr mai mare de silabe și cu îmbinări de sunete care cer un efort sporit pentru articulare (comprehensiunea unui text audiat). De asemenea s-a evaluat și fluența citirii unui text la prima vedere.

În urma aplicării acestor probe au rămas în studiu 42 de elevi care au avut diagnosticul de deficit de atenție și hiperactivitate și au prezentat dificultăți de învățare (probleme legate de lexie și grafie). Aceștia au fost supuși unei noi investigații, în cea de-a doua etapă care a constat în aplicarea unui instrumentar psihopedagogic.

A doua etapă s-a realizat individual într-un mediu liniștit, special amenajat pentru activitate individuală: Testul L'alouette (Ciocărlia) a fost aplicat fiecărui elev cu deficit de atenție și hiperactivitate, apoi s-a aplicat proba de citire a unui text la prima vedere și comprehensiunea textului citit. Proba de evaluare a exprimării în scris – după o imagine a avut drept scop evidențierea capacității de organizare și formulare a ideilor, de familiarizare cu sistemul gramatical, nivelul vocabularului. Figura complexă Rey a constituit o altă probă aplicată elevilor. A percepe vizual nu este același lucru cu a suporta un simplu contact senzorial, ci înseamnă o reactivare în contact cu realul a habiturilor vizuale sau a contracta unele noi. Subtestul Turnul din bateria NEPSY care implică planificare, rezolvare de probleme, strategii și memoria de lucru (reținerea regulilor) a constituit o altă probă.

În faza de intervenție s-a implementat un program psihopedagogic de către cadrul didactic de la clasă. La sfârșitul fiecărei săptămâni s-au colectat fișele de observație și s-au distribuit materialele pentru activitățile din săptămâna următoare. S-a discutat cu cadrele didactice despre dificultățile pe care le-au întâmpinat în aplicarea respectivei tehnici. Intervenția a fost alcătuită dintr-un set de tehnici de dezvoltare și consolidare a deprinderilor de organizare și s-a desfășurat pe parcursul a opt săptămâni. „Fii as!” este un acronim care a avut menirea de a le reaminti elevilor cu ADHD că pot avea succese școlare, dacă abordează sarcinile în mod organizat. Această tehnică s-a desfășurat pe parcursul a 3 săptămâni. Într-o primă ședință s-a discutat înțelesul sintagmei „Fii as!” și conținutul acronimului. Elevii au

învățat acest acronim ca și conținutul lui. O dată ce a fost automatizat, s-a folosit la începutul fiecărei activități. Aceste două cuvinte le-au reamintit elevilor că trebuie să gândească pozitiv, creativ, să fie organizați, să aibă materialele pregătite și să noteze informația importantă. În următoarele două săptămâni elevii au utilizat liste pentru a se organiza, și anume liste cu materialele necesare pentru a doua zi sau pentru o anumită activitate și liste cu cerințele pentru a doua zi. Următoarele trei săptămâni au fost dedicate utilizării unui calendar săptămânal. Acest calendar a fost unul interactiv, deoarece s-a completat cu evenimente, în colaborare cu elevii. S-a subliniat săptămâna în curs, ziua curentă și s-a notat orarul și alte evenimente importante din zi. La finalul programului, elevii au primit o agendă proprie unde au învățat să completeze pe fiecare pagină informațiile de care au nevoie.

## 5. INTERPRETAREA REZULTATELOR

În cazul tipului de ADHD combinat sunt mai frecvente dificultățile de scriere, în timp ce, în cazul tipului de ADHD neatent sunt frecvente cele de citire și scriere iar la tipul hiperactiv dificultățile citit, scris și citit-scris s-au întâlnit în proporție mai mică însă aproximativ egale. Analizând distribuția pe clase a dificultăților de învățare s-a observat dificultățile cele mai frecvente au fost întâlnite la proba de scriere și apoi la cea de citire; comprehensiunea verbală având cel mai mic procentaj situație întâlnită la toate clasele.

Tabelul 1. Crosstabs

Difficultati "Clasa" Crosstabulation

Difficultati	Clasa	Clasa				Total
		1	2	3	4	
Scriere	scriere (1)	10	5	5	5	30
	scriere (2)	10	5	5	5	30
	scriere (3)	10	5	5	5	30
	scriere (4)	10	5	5	5	30
Citire	citire (1)	10	5	5	5	30
	citire (2)	10	5	5	5	30
	citire (3)	10	5	5	5	30
	citire (4)	10	5	5	5	30
Comprehensiune	comprehensiune (1)	10	5	5	5	30
	comprehensiune (2)	10	5	5	5	30
	comprehensiune (3)	10	5	5	5	30
	comprehensiune (4)	10	5	5	5	30
Alte	alte (1)	10	5	5	5	30
	alte (2)	10	5	5	5	30
	alte (3)	10	5	5	5	30
	alte (4)	10	5	5	5	30
Total		40	20	20	20	100

S-a folosit Chi-Square (tabel 2) pentru a compara diferențele între frecvențe pentru asocierile obținute prin intermediul procedurii Crosstabs (tabel 1), însă diferențele nu sunt semnificative statistic pentru nici una din cele trei tipuri de deficit de atenție și hiperactivitate. Abordate detaliat, dificultățile de învățare, s-a observat că în cazul tuturor tipurilor de ADHD cele mai frecvente dificultăți întâlnite la scriere sunt substituirile, urmate de omisiuni, apoi adăugiri și contopiri de litere, silabe. În cazul comprehensiunii unui text audiat, dificultățile cele mai frecvente prezente la toate tipurile de ADHD a fost identificarea ideilor principale dar au fost întâlnite și dificultăți în alcătuirea propozițiilor. În ceea ce privește frecvența dificultăților la citire asociate cu tipul de ADHD, acestea diferă în funcție de tipul de ADHD. În cazul tipului combinat cea mai frecventă este citirea lentă, la tipul neatent cea mai frecventă este alterarea pronunției cuvintelor existente în forma scrisă.



Împotmolirea pare a fi dificultatea cea mai puțin frecventă, indiferent de tipul de ADHD.

Tabelul 2. Chi-Square Tests

Tip ADHD		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
combinat	Pearson Chi-Square	.663 <sup>a</sup>	6	.995
	Likelihood Ratio	.690	6	.995
	N of Valid Cases	76		
hiperactiv	Pearson Chi-Square	.000 <sup>b</sup>	2	1.000
	Likelihood Ratio	.000	2	1.000
	N of Valid Cases	12		
neatent	Pearson Chi-Square	.475 <sup>c</sup>	3	.924
	Likelihood Ratio	.468	3	.922
	N of Valid Cases	35		

a. 4 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.73.

b. 6 cells (100.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.00.

c. 5 cells (62.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.00.

Analizând frecvența tuturor dificultăților de învățare, se poate spune că substituirile, omisiunile și citirea lentă sunt cele mai frecvente dificultăți întâlnite în cazul elevilor cu ADHD – combinat. În cazul tipului de ADHD - neatent substituirile, omisiunile și dificultățile de identificare a ideilor principale sunt cele mai frecvente dificultăți, iar în cazul tipului de ADHD – hiperactiv: substituirile, alterarea pronunției cuvintelor existente, împotmolirile și dificultățile de identificare a ideilor principale.

Uterior s-a realizat un studiu corelațional între profilul de funcționare executivă pus în evidență prin teste neuropsihologice și performanța școlară în sarcini de scris-citit. Prin acest prim set de analize s-a urmărit modul în care sunt corelate între ele cele șase variabile studiate (Rey – copiere, comprehensiunea lecturii, Rey – redare, Turnul, L'alouette, compunere după imagine) utilizând coeficientul Pearson.

Studiind corelațiile dintre rezultatele obținute pe toate cele șase variabile din măsurarea pre-test se poate afirma ca o primă concluzie că rezultatele la cele două probe ale testului Rey sunt corelate între ele (coeficient 0,65), copiii care au rezultate bune la Rey-copiere tind să aibă rezultate bune și la testul Rey-redare; de asemenea rezultatele la testul Rey sunt corelate cu rezultatele la testul Turnul (0,65 și 0,58). Așadar rezultatele la cele trei probe neuro-psihologice sunt consonante și puternic corelate.

Tabel 3. Corelațiile dintre rezultate (pe toate variabilele) din măsurarea pre-test

		Correlații - pre-test					
		Rey-copiere	Rey-redare	Turnul	L'alouette	Compunere după imagine	N
Rey-copiere	Pearson Correlation	1	.653 <sup>**</sup>	.584 <sup>**</sup>	.487 <sup>**</sup>	.487 <sup>**</sup>	76
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.001	.001	
	N	76	76	76	76	76	
Rey-redare	Pearson Correlation	.653 <sup>**</sup>	1	.584 <sup>**</sup>	.487 <sup>**</sup>	.487 <sup>**</sup>	76
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.001	.001	
	N	76	76	76	76	76	
Turnul	Pearson Correlation	.584 <sup>**</sup>	.584 <sup>**</sup>	1	.487 <sup>**</sup>	.487 <sup>**</sup>	76
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.001	.001	
	N	76	76	76	76	76	
L'alouette	Pearson Correlation	.487 <sup>**</sup>	.487 <sup>**</sup>	.487 <sup>**</sup>	1	.487 <sup>**</sup>	76
	Sig. (2-tailed)	.001	.001	.001		.001	
	N	76	76	76	76	76	
Compunere după imagine	Pearson Correlation	.487 <sup>**</sup>	.487 <sup>**</sup>	.487 <sup>**</sup>	.487 <sup>**</sup>	1	76
	Sig. (2-tailed)	.001	.001	.001	.001		
	N	76	76	76	76	76	

Rezultatele la cele trei variabile care măsoară performanța școlară sunt corelate pozitiv (coeficient 0,61) așadar, copiii care au rezultate bune la comprehensiunea lecturii tind să aibă rezultate bune și la compunerea după imagini și de asemenea la testul L'Alouette. Raportându-ne la ipoteza inițială, cea cu privire la modul în care profilul de funcționare executivă pus în evidență prin teste neuropsihologice se relaționează în mod diferit cu performanța școlară în sarcini de scris-citit, conform tabelului de mai sus: sunt corelate pozitiv rezultatele de la testul Rey –copiere cu cele de la Comprehensiunea Lecturii (coeficient 0,48), cu alte cuvinte copiii care au avut scoruri bune la Rey-copiere au scoruri bune și la această variabilă a performanței școlare. Scorurile la testul Turnul sunt corelate (coeficient 0,32) cu rezultatele la comprehensiunea lecturii. Mai există corelații între rezultatele L'alouette și Comprehensiunea Lecturii (coeficient 0,44) precum și între L'alouette și Compunerea după imagine (0,45). Concluzionând, în ceea ce privește măsurătorile din pre-test se poate spune că:

- 1) Cele trei variabile care măsoară performanța școlară (comprehensiunea lecturii, compunere după imagine, L'alouette) sunt corelate pozitiv.
- 2) Rezultatele celor trei teste neuro-psihologice (testul Rey - copiere, testul Rey - redare Turnul) sunt de asemenea corelate pozitiv între ele.
- 3) Performanța școlară în sarcini de citit (comprehensiunea lecturii) se corelează cu rezultatele la testul Rey – copiere și cu rezultatele la Turnul.
- 4) Compunerea după imagine și L'Alouette nu se corelează însă cu rezultatele celor trei teste neuro-psihologice, putem astfel concluziona că performanța școlară se corelează diferențiat cu testele neuro-psihologice

Pentru a nuanța aceste constatări dorim să vedem ce se întâmplă cu corelațiile dacă analizăm diferit, pe clasa din care provine elevul. Astfel, controlând această variabilă, se poate observa că performanțele școlare sunt corelate pozitiv cu rezultatele la testele neuropsihologice în special la nivelul clasei a III-a, unde comprehensiunea lecturii este puternic corelată cu rezultatele la toate cele trei teste neuro-psihologice. Analizând corelațiile separat pe copiii cu tratament, respectiv pe cei fără tratament putem observa o diferență majoră: în cazul copiilor fără tratament nu există nici o corelație între performanța școlară și testele neuro-psihologice; toate corelațiile care sunt semnificative se pot observa doar în grupa celor cu tratament.

Aceleași corelații sunt testate separat pe variabila ADHD care împarte subiecții în cele trei grupe: hiperactiv, neatent, combinat. Se pare că grupa în care asocierile dintre rezultatele la teste neuro-psihologice și cele de performanță școlară sunt mai frecvente este grupa subiecților cu ADHD combinat. În cazul tipului de ADHD hiperactiv corelațiile lipsesc în totalitate iar în cazul tipului neatent se corelează doar rezultatele la testele Rey între ele și doar rezultatele la probele școlare de comprehensiunea lecturii și compunere după imagine, între ele.



S-au efectuat aceleași seturi de corelații în oglindă pentru variabilele post-test pentru a vedea dacă tendințele de corelație se păstrează. Se observă:

- 1) Corelația pozitivă între testul Rey – copiere și ambele variabile de performanță școlară.
- 2) Corelația pozitivă între testul Rey – redare și rezultatele la compunere după dictare.
- 3) Corelația pozitivă între testul L'alouette și ambele variabile de performanță școlară.
- 4) Nici o corelație între rezultatele testului Turnul și rezultatele variabilelor de performanță școlară.

În cazul controlării variabilei clasă, la analiza corelațiilor între variabilele din post-test s-au observat următoarele:

- 1) La nivelul clasei a II-a corelație pozitivă între rezultatele L'alouette și rezultatele la Comprehensiunea Lecturii.
- 2) La nivelul clasei a III- a și a IV-a mai multe corelații între rezultatele testelor neuro-psihologice și performanța școlară.
- 3) La clasa a III-a: corelații foarte puternice între rezultatele testelor Rey și rezultatele în sarcinile școlare.
- 4) La clasa a IV-a: corelații între compunerea după dictare și testul Turnul și între comprehensiunea lecturii și Rey-copiere.

În cazul observării corelațiilor pe grupa copiilor cu tratament respective fără tratament se observă o îmbunătățire față de situația din pretest, în sensul că nu mai există diferențe atât de mari între rezultatele copiilor din grupa celor cu tratament comparativ cu cei fără tratament.

În ceea ce privește corelațiile variabilelor din post-test în condițiile controlării tipului de ADHD, se poate spune că:

- 1) Nu se observă o îmbunătățire în cazul tipului hiperactiv, nici în post-test nu avem nici un fel de corelații între variabile.
- 2) La nivelul tipului neatent există corelații puternice între rezultatele la testele neuro-psihologice și rezultatele la sarcinile școlare.
- 3) Deși mai slabe, corelațiile există și la nivelul tipului combinat.

Ulterior s-a utilizat Testul T pe eșantioane pereche pentru a testa diferența dintre două variabile. S-au comparat aceleași variabile (testele Rey, Turnul, L'alouette și cele privind performanța școlară) măsurate înainte de intervenție (pretest) și post intervenție (post-test).

Astfel, în tabelul 4 Paired Samples Statistics s-au calculat pentru început mediile, mărimea eșantionului, abaterile standard și eroarea standard a mediilor pentru fiecare variabilă, pe pre-test și post-test.

După cum se poate observa în cazul tuturor perechilor de variabile, mediile între pre-test și post-test au crescut. Cu alte cuvinte, există o diferență între rezultate în sensul unor scoruri mai bune la toate variabilele post-test comparativ cu scorurile din pre-test. De exemplu media rezultatelor la testul Rey – copiere a crescut de la 32,50 la 44,64: media rezultatelor la compunere după imagine (pre-test) a crescut la 48,10 în post-test. S-a verificat dacă aceste diferențe sunt semnificative.

În următorul tabel al testului apar din nou, pentru fiecare pereche de variabile testate valoarea corelațiilor dintre variabile și nivelul de semnificație.

Tabelul 4. Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Rey – copiere pretest	32,50	42	16,277	2,512
	Rey – copiere posttest	44,64	42	10,016	2,472
Pair 2	Rey – redare pretest	31,79	42	17,030	2,628
	Rey – redare posttest	57,98	42	18,905	2,917
Pair 3	Compr. Lecturi pretest	26,31	42	15,423	2,380
	Compr. Lecturi posttest	45,24	42	17,248	2,661
Pair 4	Comp. imagine pretest	33,81	42	14,348	2,214
	Comp. imagine posttest	48,10	42	15,018	2,317
Pair 5	Turnul pretest	5,02	42	1,220	,188
	Turnul posttest	10,74	42	1,380	,213
Pair 6	L'alouette pretest	32,78	42	12,048	1,859
	L'alouette posttest	45,24	42	11,712	1,807

Tabelul 5. Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Rey copiere 1 & Rey copiere2	42	,848	,000
Pair 2	Rey redare 1 & Rey redare2	42	,697	,000
Pair 3	Compr. Lecturi 1 & Compr. Lecturi 2	42	,817	,000
Pair 4	Comp. imagine 1 & Comp. imagine 2	42	,663	,000
Pair 5	Turnul 1 & Turnul 2	42	,308	,047
Pair 6	L'alouette 1 & L'alouette 2	42	,952	,000

Se poate observa că există corelații ridicate între variabilele fiecărei perechi și că toate aceste corelații sunt semnificative. De exemplu, coeficienții Pearson cei mai ridicați (0,84 în cazul variabilei Rey-copiere; 0,95 în cazul testului L'alouette) arată o diferență majoră care s-a produs în cazul copiilor între cele două măsurători.

Testul T ne furnizează indicatori conform cărora putem accepta sau respinge ipoteza nulă.

Tabelul 6. Paired Samples Test

		Paired Differences						t	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
Pair 1	Rey - copiere 1 - Rey - copiere 2	12,143	4,933	1,275	-4,825	3,985	4,924	4,11	,000
Pair 2	Rey - redare 1 - Rey - redare 2	26,190	14,001	2,174	6,391	21,809	12,548	4,11	,000
Pair 3	Compr. Lecturi 1 - Compr. Lecturi 2	18,929	12,033	1,840	5,249	13,809	1,768	4,11	,000
Pair 4	Comp. imagine 1 - Comp. imagine 2	14,286	12,078	1,853	4,569	19,923	9,671	4,11	,000
Pair 5	Turnul 1 - Turnul 2	4,714	1,335	,207	1,791	2,837	24,130	4,11	,000
Pair 6	L'alouette 1 - L'alouette 2	12,457	1,748	,272	2,893	19,321	21,830	4,11	,000

Ipoteza nulă poate fi formulată astfel: diferența mediilor scorurilor obținute pe cele două variabile din fiecare pereche nu este una semnificativă. Ipoteza alternativă ar fi că diferența mediilor scorurilor pe cele pe cele două variabile din fiecare pereche între pre-test și post-test este una semnificativă statistic. Având în vedere că, în cazul tuturor perechilor de variabile nivelul de semnificație este 0,000 se poate concluziona că scorurile mai bune obținute de elevi în post-test nu se datorează unor variații întâmplătoare ci pot fi atribuite în mod clar intervenției educative exercitate între momentele când cele două măsurători s-au făcut.



S-a repetat testul t pe eșantioane pereche pe aceste variabile, controlând și variabila clasă (elevii au provenit din clasa a II-a, a III-a și a IV-a). După cum s-a observat nu există diferențe privind clasa în cazul îmbunătățirii performanței școlare a elevilor. Cu alte cuvinte, rezultatele au fost mai bune în cazul majorității elevilor, indiferent de clasa de proveniență.

S-a utilizat același test și în contextul controlării altei variabile, pentru a vedea dacă există diferențe în performanța elevilor care au făcut tratament și a celor fără tratament. Și în cazul controlului acestei variabile rezultatele sunt concludente: Și-au îmbunătățit semnificativ rezultatele atât elevii care au urmat un tratament cât și cei care nu au urmat vreun tratament, această condiție ne-producând diferențe în rezultatele post-test atât la testele neuro -psihologice cât și la cele de performanță școlară.

O altă încercare a fost repetarea testului controlând variabila - TIP ADHD. Cu privire la tipurile de ADHD, analizând rezultatele împărțite pe cele trei tipuri (hiperactiv, neatent și combinat) se poate spune că în cazul elevilor din grupa neatent și combinat, intervenția a avut efect, în sensul îmbunătățirii performanțelor lor între pre-test și post-test. În cazul elevilor hiperactivi sunt câteva variabile în care deși apar îmbunătățiri între pre-test și post-test, aceste îmbunătățiri nu sunt semnificative. Vorbim de rezultatele copiilor hiperactivi la comprehensiunea lecturii și compunere după imagine (cele două variabile de performanță școlară) și testul Rey – copiere.

## 6. CONCLUZII ȘI DISCUȚII

Substituirile par a fi cele mai frecvente dificultăți întâlnite la proba de dictare, indiferent de tipul de ADHD, urmate de omisiuni și disortografie. În ceea ce privește comprehensiunea textului audiat, identificarea ideilor principale este deficitară la toate tipurile de ADHD. La proba de dictare alterarea pronunției cuvintelor scrise se regăsește într-o proporție ridicată la toate tipurile de ADHD. Faptul că diferitele tipuri de ADHD nu se asociază în mod diferit cu dificultățile specifice de învățare din sfera citit-scrisului, denotă că acești copii prezintă tulburări în ceea ce privește capacitatea de procesare a informației, tulburări ale funcției executive indiferent de tipul deficitului de atenție și hiperactivitate.

În ceea ce privește studiu corelațional între profilul de funcționare executivă pus în evidență prin teste neuropsihologice și performanța școlară în sarcini de

scris-citit se poate afirma că elevii care au rezultate bune la testul Rey-copiere tind să aibă rezultate bune și la Rey-redare, cei care au rezultate bune la comprehensiunea lecturii tind să aibă rezultate bune și la compunerea după imagini. Performanțele școlare sunt corelate pozitiv cu rezultatele la testele neuropsihologice în special la nivelul clasei a III-a.

Se poate concluziona că scorurile mai bune obținute de elevi în post-test nu se datorează unor variații întâmplătoare ci pot fi atribuite în mod clar intervenției psihopedagogice care s-a exercitat între momentele dintre cele două măsurători.

## 7. BIBLIOGRAFIE

- Atkins, M.S. & Pelham, W.E. (1991). *School-based assessment of attention deficit-hyperactivity disorder*. Journal of learning Disabilities, 24, 197-204, 255.
- Barkley, R. A. (1990). *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- Cantwell, D.P., Baker, L. (1991). *Association between attention deficit-hyperactivity disorder and learning disorders*. Journal of Learning Disabilities 24(2):88-95
- Kytja K. S. Voeller, M.D. (2004). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder*, Journal of Child Neurology; 19 (10): 798-814.394.
- Levy, F. & Hobbes, G. (1989), *Reading, spelling, and vigilance in attention deficit and conduct disorder*. Journal of Abnormal Child Psychology, 17, 219/8
- Miranda, A., Jarque, S., Tarraga, R. (2006) *Interventions in school settings for students with ADHD*. Exceptionality, 14, 35-52.
- Pennington, B.F., Ozonoff, S. (1996). *Executive functions and developmental psychopathology*, Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37, p. 51-87.
- Rappley, M.D. (2005). *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. *New England Journal of Medicine*, 352, 165-173.
- Report (2005) on Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Connecticut ADHD Task Force 3rd Edition.*
- Rourke, B.P. (1991). *Fuerst DR: Learning Disabilities and Psychosocial Functioning: A Neuropsychological Perspective*. New York, Guilford.
- Sturge, C. (1982). *Reading Retardation and Antisocial Behaviour*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 23, 21-31.
- Ungureanu, D. (1998). *Copiii cu dificultăți de învățare*, Editura Didactică și Pedagogică, R.A., București.



## NATURA VALORILOR SI RELATIVITATEA LOR

GEORGETA I. MIHAI

Institutul Teologic Adventist – Cernica, Romania  
www.institutadventist.ro; e-mail: secretariat@institutadventist.ro

**ABSTRACT:** Under general context, culture may be considered as a creation of values, being them of spiritual, material nature or value goods created by people and civilizations for the purpose of enhancing their own lifestyle. No one knows exactly when has such a process started, yet one can notice clearly a strong trend for making the modern culture of value rather relative. This issue rather unsettles the intellectual elite, who still believe in themselves and still face problems regarding the culture's meaning and destination. A few of the cultural values can escape the fate of questioning their uncertainty and yet everything seems to have entered a process of active relativization. There are new and partial values that get imposed without any criticism and we can see the most contradictory ideas imposing themselves. As it regards the understanding and the acceptance of these values' relativity, it seems that a certain „bad conscience” imposes the acceptance of new fragile pseudo-values inherently. Nowadays' values do not enjoy anymore an unchangeable and autonomous acceptance. However, we consider that the further development of the human civilization depends also on this process of selection, preservation and renovation of the value system.

The underlying study aims at reviewing the material determinants which made possible the appearance of the spiritual and moral values and represents an attempt to explain the conflict that emerges between the new values and the old, traditional, durable, constant ones.

**KeyWords:** culture, values, dormant conflict, creation, civilization.

### 1. INTRODUCERE

Cultura poate fi considerată, în sens general, creație de valori, atât spirituale cât și materiale, bunuri valorice create de oameni și civilizații pentru îmbunătățirea modului de viață. Nu se știe când a început acest proces dar astăzi se observă clar o tendință pronunțată de relativizare a valorilor culturii moderne, ceea ce creează neliniști destul de mari elitelor intelectuale care încă mai cred în ele și își pun probleme referitoare la înțelesul și destinația culturii. Puține valori culturale scapă de soarta de a fi contestate și parcă totul pare a fi intrat într-un proces de activă relativizare. Valori noi și parțiale se impun fără a întâmpina o opoziție critică și vedem afirmându-se ideile cele mai contradictorii. În ceea ce privește înțelegerea și acceptarea relativității lor, parcă o anume rea conștiință impune acceptarea fragilității noilor pseudo-valori ca pe un fapt firesc și natural. Astăzi valorile nu se mai bucură de un mod inalterabil și autonom de acceptare.

Specialiștii psihologi susțin că nu recunoaștem valoarea decât pentru acele lucruri care prin anumite însușiri ale lor sunt capabile să satisfacă unele nevoi ale individului sau ale colectivității. Valoarea se declară atunci doar în funcție de asociere a ei cu sentimentul de plăcere pe care îl resimte individul în raport cu ea, provocat de posesia obiectului-valoare capabil de a satisface nevoi. Un bun sau un obiect devine valoare dacă trezește plăcerea, iar răul este cel care trezește durerea și este, desigur, refuzat. Relația directă obiect/valoare-subiect se consideră că stă ca element subiectiv la baza procesului de acceptare sau relativizare a valorilor.

### 2. NATURA SI RELATIVITATEA VALORILOR

André Lalande susține că nici nu ar exista valori dacă noi oamenii n-am avea preferințe și dorințe. După părerea lui Simmel sau Bougle, valoarea nu trebuie să aștepte momentul posesiunii pentru a apărea. Moment

care absoarbe „ființa” valorii. Realitatea valorii s-ar constitui mai degrabă din confruntarea dorinței de a avea și dificultățile de a obține (R. Bougle apud Simmel). Este adevărat că expresia afectivă a relației obiect/valoare-subiect nu poate fi neglijată, dar valorile nu sunt doar lucruri ce poartă unele însușiri apreciate sau însăși acele însușiri luate drept veleități. Conform acestei concepții, realitatea și valabilitatea valorii se limitează în sfera interioară a individualității care o posedă sau râvnește și este consumată în momentul posesiei. Având în vedere și tendința consumatoristă a omului modern, aflat într-o competiție acerbă de obținere a bunurilor, apare lesne de înțeles de ce „nota” valorii devine perisabilă și vulnerabilă. Subiectivitatea umană reprezintă deci unul din izvoarele relativizării valorilor.

Sigmund Freud aprecia că starea de spirit momentană și Eul narcisist și posesiv decid din nou o ierarhie a preferințelor, adică alte puncte de vedere opționale. Valoarea care pretinde universalitate și autonomie față de subiect apare atunci ca un produs al generalizărilor și abstractizărilor îndepărtate de preocupările concrete ale vieții omului de rând, ea fiind vidată de orice intimitate sau adevăr emoțional și afectiv.

R. Müller-Freienfels (1912) consideră valorile generale drept scheme vide pe care personalitatea trebuie să le impregneze cu „esenta” sa pentru a le trezi la viață. Și alți gânditori văd valoarea ca pe o esență absolută și autonomă, atât față de lucrurile cărora le-o putem atribui cât și față de subiecții care o prețuiesc. Pentru Scheler valorile sunt fapte obiective, care aparțin unui anumit mod al experienței, ce pot fi intuite intențional și sentimental. chiar și când ele nu aderă la un suport oarecare (un om nu poate fi simpatetic pentru că așa decide subiectivitatea noastră).

După H. Rickert valoarea aparține unei „regiuni” care depășește tot ceea ce există, deci între existență și



valoare vede o adevărată prăpastie. El explică faptul că, în timp ce negația existentului suprimă orice reprezentare și produce ideea nimicului, negația valorii lasă, totuși, loc la ceva ce considerăm a fi „nonvaloare”. Caracterul autonom și absolut al valorilor înțelegem că solicită izolarea lor de lucruri și de relația dintre obiect și subiect, ceea ce ne face să credem că ele aparțin unei sfere greu identificabile, cu mult mai subtile, cu condiția să putem spune ce anume este?

Nicholas Hartmann exclude valoarea din sfera existenței dar o menține în sfera „ființei”. Ele sunt, există ca atare, și pot fi cunoscute ca și obiectele independente de conștiință; sunt esențe ca și ideile platonice sau *eidos* despre care tratează Aristotel și sinonime cu „essentia” scolasticilor. Astfel, valorile au o autonomie ideală necondiționată de spiritul care le recunoaște sau lucrurile pe care le întrupează sau condiționează. Ființa lor este apriorică, de aceea spiritul nu se poate sustrage evidenței valorilor și nici lucrurilor. Pentru Hartmann valorile nu apar din aspirația noastră către anumite bunuri ci ele sunt „condițiile” posibilității bunurilor”. Aspirația nu este orientată de „ființa lor apriorică” ci sentimentul valorii devine semnul prezenței lor în conștiința noastră. Faptul că nu putem ajunge să cunoaștem decât un număr restrâns de valori se datorează limitării conștiinței noastre.

Avem pe de o parte caracterul de absolută valabilitate al valorilor iar, pe de altă parte, părerea psihologilor care le privesc cu relativitatea generată de subiectivismul dorințelor umane. În concepția psihologică subiectivistă valorile își au originea în nevoile și aspirațiile umane și aceasta restrânge sfera valabilității lor în limitele individualității care le resimte trebuința și năzuie către ele, chiar și în momentul îndestulării și apogeul aspirațiilor. Concepția contrară vede originea valorii în sfera autonomă față de orice formă determinată a existenței și în acest sens nu există spirit care întâlnindu-le să nu recunoască caracterul lor absolut (N. Hartmann, 1925).

Sfera autonomă „sui generis” din care ar proveni valorile rămâne discutabilă. Sfera de proveniență a unor elemente apărute în conștiința omului nu garantează și valoarea lor, chiar dacă, în spiritul în care ele pătrund, le acordă forme subiective de o valabilitate limitată. Asimilând valoarea în unitatea lui și adaptând-o la conținuturile sale, nu este sigur că spiritul nu-i alternează „ființa” și nu-i reduce sfera de valabilitate.

Valorile pot avea o origine subiectivă dar valabilitatea lor depășește subiectivitatea. Este adevărat și faptul că dorim un bun cu atât mai mult cu cât este dorit de mai multă lume, iar lipsa lui nu apare dureroasă. Pentru psihologi plăcerea îndestulării ar fi reala ființă a valorii iar ea nu scade o dată cu accesul liber la valoare. Există plăceri și satisfacții egoiste care cresc, referitor la valori pe care nu dorim să le împărțim cu nimeni, dar aspectul nu indică prezența unei reale valori. Valorile culturii ar dispărea dacă valabilitatea lor s-ar reduce la aria limitată a individualității, a judecăților și preferințelor noastre. Referitor la valorile estetice Immanuel Kant observa „modestia agreabilului” și „imperialismul frumosului” adică resemnarea unuia de a valora numai pentru individ și pretenția celui alt de a valora pentru toată lumea.

Se poate recunoaște, în sens larg, că valorile provin din aspirațiile umane (insatisfacții personale) și că ele sunt asociate cu tendința de a le impune aprecieri generale. Actul de a resimți o valoare și cel de a-i recunoaște valabilitatea generală nu se anulează reciproc, el poate presupune și o acțiune de valorificare a valorii. Părerea psihologizantă susține însă că orice valoare este valabilă numai pentru cel care o resimte, că raza de valabilitate a ei nu depășește niciodată individualitatea valorificatoare.

După „autonomiști” valoarea este o esență autonomă care poate fi cunoscută, ea ia forma raportului cu spiritul și își pierde o dată cu aceasta autonomia ei absolută. Valoarea devine pentru fiecare expresia unei anumite posibilități de adaptare satisfăcătoare între lucruri (bunuri) și conștiință iar cine resimte o valoare realizează această adaptare, cine dorește încearcă s-o realizeze, cine nu-și dorește și n-o resimte n-a realizat-o încă, dar o poate realiza când îi vor fi date condițiile adaptării.

Sentimentul valorii câștigat și actul de valorificare a valorii sunt solidare, deoarece se presupun reciproc și pot conduce la crearea de valori — acțiunea de a le încredința unui suport concret pentru a obține bunuri (economice, științifice, opere de artă etc.). Creația surprinde raportul adecvat dintre unele dorințe sau nevoi și lucruri - bunurile care le pot satisface. După Paul Valéry: creația artistică presupune un „calcul de efecte exterioare”, iar arta este o „problemă de acomodare”; ceea ce poate face dintr-un artist oricare un alt creator de bunuri culturale (Valéry, 1996).

Prin lucrarea tuturor creatorilor, prin tehnică și artă, prin opere științifice și instituții, prin codificări și ritualuri, ne înconjurăm cu un mediu axiologic condițional care restrânge, cu mult, libertatea noastră de a valorifica personal și chiar pe aceea de a găsi valori noi. Acesta este și motivul pentru care oamenii își revizuiesc periodic soluțiile de viață cuprinse în operele lor și înainte de a trece sub noi legături, sau de a le reface pe cele vechi, ei trăiesc impresia unei alunecări generale reprezentate în conștiință. Unii reacționează la acest sentiment dizolvant adaptându-se „primejdiei” sau înfruntând-o de pe o poziție opusă.

Radicalismul va acuza întotdeauna contrastele și va încerca să rupă legăturile. Poziția dispusă la integrare și armonie v-a privi „adevărul” mai larg dar fiecare individ sau grup omogen de indivizi nu vor putea cuprinde valoarea decât din unghiul lor subiectiv. Relația creată va interesa întreaga lume pentru că libertatea spirituală și dreptul fiecăruia de a-și exprima poziția personală, referitor la afirmarea valorilor și respingerea de non-valori, țin de esența umană și este în sine o valoare universală.

### 3. CARACTERUL IRATIONAL (METARATIONAL) AL VALORILOR

Valorile sunt privite ca instrumente culturale de orientare într-un domeniu, indiferent dacă acesta ține de natură/materialitate sau spiritualitate. În lucrări, la modul general, convențional, ele apar grupate în mari categorii culturale: valoarea economică, teoretică, juridică, politică, etică/morală, estetică și religioasă. Acestei structuri, Tudor Vianu adaugă valoarea vitală



care este una personală, materială, liberă și perseverativă (spre exemplu: sănătatea omului, puterea și frumusețea fizică, forța temperamentului, vitalitatea, spiritualitatea lui etc.). Dat fiind manifestările și cerințele lumii moderne, valorile vitale sunt văzute ca instrumente/mijloace - scopuri în sine ale vieții - totodată, categorii ale spiritului uman, prin care se exprimă superioritatea biologică și spirituală a omului, ceea ce îl diferențiază de ceilalți (T.Vianu, 1998, 101).

În decursul istoriei doctrinelor au existat mai multe tentative de supraordonare a valorilor culturii, de a ridica una din valori la rangul de clasă supraordonată în funcție de care se pot defini toate celelalte. În Antichitate, spre exemplu, valoarea supremă supraordonată era cea teoretică sau adevărul, în legătură cu care se definea și valoarea morală. În problema etică pentru Socrate „binele” este „cunoștință” iar „răul” nu este decât ignoranță - astfel valoarea morală derivă din valoarea teoretică sau intelectuală. Nu numai binele se află în dependență cu adevărul ci și frumosul. În „Poetica” vedem cum Aristotel compară Poezia cu Istoria apreciind că prima este mai adevărată și prețioasă decât cealaltă, întrucât rezultatul esențial și necesar al poeziei este frumosul - un adevăr mai profund decât întâmplătorul și accidentalul realităților istorice.

Au existat încercări de a se constitui ca *genus proximum* al celorlalte valori valoarea morală. Atât adevărul cât și valoarea estetică au fost definite în dependență de valoarea morală iar dovada că frumosul înobilează este și astăzi folosită pentru a asocia supraordonarea cât și indisociabilitatea acestor valori. Mai mult decât atât, germanul J.G. Fichte, în referirile făcute asupra confruntării a două doctrine dominante în gândirea filozofilor de la sfârșitul secolului al XVIII-lea și începutul secolului al XIX-lea - dogmatismul și idealismul - afirma că filozofia pentru care optează cineva depinde de „felul caracterului său”. Concepția se apropie de un anume sens al conceptului de „Weltanschauung” lansat și analizat de C.G. Jung, care ar sublinia ideea că orientarea filozofică a omului de știință depinde de conștiința sa și atitudinea față de lume: filozofică, religioasă, estetică, idealistă, realistă, romantică, practică etc. Dogmatismul, după Fichte (2005), în latura lui practică, este un fel de glorificare a pasivității, iar idealismul corespunde înclinării active a omului capabil să transforme realitatea universului. Dogmaticul prezintă morala sclavă a pasivității iar idealistul subscrie pentru morala nobilă, activă, curajoasă care coincide cu noblețea caracterului personal moral.

În gândirea modernă, tendința de a defini valorile în dependență unele față de altele, prin constituirea unei clase supraordonate, a fost depășită. Nici psihologia nu mai consideră că, spre exemplu, conștiința răului este suficientă pentru ca răul să fie înlăturat. Practicarea unei conduite morale poate fi formală și să nu amelioreze sufletește pe nimeni, chiar îl poate face pe om să se simtă frustrat dacă nu îi este în fire acest lucru. Pedagogia și etica modernă recomandă, cu insistență, formarea deprinderii morale, atrăgând atenție asupra slăbiciunilor umane sau a nulității mijloacelor pur intelectuale. Deci conștiința răului nu elimină posibilitatea de a greși.

Atât pentru antici, cât și pentru esteticienii timpurilor noi, frumosul are valoare de adevăr. Prin natura lui profundă, intrinsecă, frumosul înobilează ființa umană iar el nu trebuie să fie preocupat în nici un fel de tendința morală afișată care-l poate compromite. Spre exemplu, o operă de artă de valoare ne obligă să-i recunoaștem însușirile pe care norma interioară a valorii estetice nu le urmărește. Lumea valorilor este o lume originală iar ele nu au alt *genus proximum* decât totalitatea lor (T.Vianu, 1998). Lumea valorilor este plină de sensuri și se deosebește cu desăvârșire de lumea perisabilă a obiectelor fizice de care suntem permanent înconjuțați.

#### 4. IREDUCTIBILITATEA VALORILOR

Nici una din valori nu poate fi ridicată la rangul unei clase supraordonate în raport cu care celelalte să poată fi definite și, se poate afirma că, fiecare valoare are o finalitate în sine - intrinsecă. Niciuna nu este reductibilă față de o altă. Valoarea este esența unei culturi dar, în esența ei, valoarea este ceva de nedefinit, aproape ceva irațional, în sensul că depășește rațiunea omului pe care îl orientează în viață. Valorile sunt iraționale în măsura în care rațiunea nu poate reduce necunoscutul la cunoscut (T.Vianu 1998, 162).

Dacă valorile nu au o reductibilitate logică, se poate pune întrebarea dacă ele posedă, totuși, o reductibilitate genetică (istorică). Știința culturii a pus în evidență și astfel de împrejurări. S-a susținut că cel puțin unele dintre formele artei primitive s-au dezvoltat treptat din viața religioasă, că însăși știința ar fi un bun (valoric) dezvoltat din încercările de explicare a lumii care, în cadrul larg al mentalității magice a popoarelor primitive, ar avea un caracter religios. Posibilitatea unei subordonări logice nu a putut fi total exclusă, sublinierea unor astfel de derivate din valoarea religioasă sunt frecvent menționate în știința artei. Studiul celor mai îndepărtate cauze aduce în prim plan un factor ireductibil, cum că sursa valorilor estetice ar fi instinctul artistic al omului, trebuința de a prelucra materia, pentru a obține priveliștea plăcută a combinațiilor ingenioase de calități sensibile. Deci, pe lângă toate celelalte cauze, există un instinct autonom care coincide cu însăși rațiunea de a exista?

Immanuel Kant (1998) a susținut ireductibilitatea valorilor plasându-se în contradicție cu întreaga filozofie anterioară ce ridica valoarea teoretică la rangul de valoare supraordonată: binele și răul se defineau în funcție de adevăr. El susține că cele trei manifestări ale sufletului omenesc producător de cultură - adevărul, binele, frumosul - rezultă din trei energii speciale ale spiritului uman: *adevărul* din rațiunea pură; *binele* din rațiunea practică iar *frumosul* din sentiment, energii care nu comunică între ele. El ne pune în fața caracterului profund „irațional” și ireductibil al valorilor. Acestea pot fi definite prin însușirile caracteristice, pentru fiecare, ce alcătuiesc diferențele specifice, aceasta în funcție de aspirațiile sufletești satisfăcute cu ocazia materializării fiecărei valori în bunuri.

#### 5. DIFERENTIAREA VALORILOR

În epoca modernă valorile apar net diferențiate, specifice unui domeniu, dar și comune lor și există



avantaje, cât și dezavantaje, ale acestei diferențieri întrucât ea devine o condiție a progresului cultural, a libertății individuale și toleranței. Procesul modern al diferențierii valorilor a fost învinovățit că a produs o dezorganizare a societății: a încărcat conștiința omului modern cu sentimentul deprimant al lipsei unei teme centrale de viață; că trăind conștient această diferențiere omul nu mai poate recâștiga sentimentul de totalitate în fața vieții, fapt care ar echivala cu o diminuare a sa. Pe de altă parte, diferențierea valorilor este un câștig modern de care nu se mai poate face abstracție, este condiția esențială a temei prometeice a omului modern, cuceritorul naturii și al spiritului. Există însă și posibilitatea ca, în anumite condiții incluse psihologiei individuale, omul orientat de valori diferențiate să recucerească perspectiva totalității.

Diferențiate, valorile pot fi mai ușor definite, încadrate prin însușirile caracteristice impuse de un domeniu. Spre exemplu valoarea *economică* se înrădăcește în nevoia de întreținere a vieții omului și societății. Valoarea *teoretică* se dezvoltă din nevoia de a organiza experiența care fără direcțiile unei sistematizări științifice n-ar fi decât un haos vibrant de impresii pur subiective. Există în sufletul uman și o nevoie (aspirație) căreia îi corespunde valoarea *etică*, generatoare de iubire și respect față de semenii, care determină și o *morală* corespunzătoare ce își are izvorul în iubire și solidaritate. Orice morală se pare că își are sursa în nevoia de a iubi, de a simpatiza cu semenul, de a adora pe cei puternici și, poate, de a te bucura de prosperitatea vieții apropiate umil de lângă tine. Reprezentarea aceasta presupune normalitatea pentru că nu putem nega, desigur, faptul că unii oameni sunt animați de sentimente de gelozie și invidie. Nevoia de afecțiune este o trebuință sufletească a omului care l-a ajutat să supraviețuiască în mediul cel mai vitreg și, selectiv, să își organizeze viața în comunitatea din care facea parte. Cu alte cuvinte, există în om și aspirația de a organiza relațiile dintre membrii aceleiași comunități, aspirație căreia îi corespunde valoarea *politică*.

Pentru a se elibera de atâtea constrângeri și obligații sociale, impuse sau autoimpuse de disciplina minții sau rigurozitatea științifică, omul a dezvoltat nevoia de a-și elibera puterea fanteziei și a sentimentului cărora le răspunde valoarea *estetică*. *Estetismul*, după Abraham Maslow, este o nevoie psihologică înaltă, legată de dezvoltarea personalității omului, care îl definește. Nevoia de armonie și frumos rezolvată devine un nivel superior atins în evoluția omului iar ea dezvoltă valoarea lui pentru el însuși și pentru comunitate. Nevoia de înțelegere a lumii, în care își desfășoară existența și contactul cu universul ca întreg, au generat în om sentimentul relațiilor care îl leagă prin rădăcini multiple de întreaga ființă a universului, o nevoie/aspirație căreia îi răspunde valoarea *religioasă*.

Înruparea valorilor dă naștere pe rând utilului, bunurilor culturale și sociale, generând realizarea valorilor din fiecare categorie menționată. Când apreciem un bun cultural care intră în sfera unei valori, actul devine unul cultural subiectiv. El este însoțit de un sentiment specific: al utilității, al adevărului, al binelui, al frumosului, al ordinii și al divinului, care a sădit în om și universul său ideea *sfintei ordine în viață* - „sancta

*masserizia*”. Termenul apare și în autobiografia lui Benjamin Franklin atunci când încearcă să explice dorința sa intimă de a realiza în viață perfecțiunea morală, de a-și ordona existența în așa fel încât să elimine din ea orice eroare posibilă. El mărturisește că a dorit să se plaseze deasupra a ceea ce ar fi putut să-i dicteze fie o înclinație naturală, fie obișnuințele, fie conveniențele sociale și să facă ceea ce considera că este drept, corect. Termenul îl consacră pentru prima oară Leon Battista Alberti, un renumit scriitor și arhitect al Renașterii, într-un document reprezentativ pentru mentalitatea burgheză intitulat „*Del governo della famiglia*”, prin care arată linia de conduită morală pe care familia burgheză se cuvine s-o respecte (L.B. Alberti apud Vianu, 1998, 185). Moralul apare în lucrarea sa strict asociat (conciliat) cu economicul. După părerea sa omul axat pe realizarea de bunuri materiale concepe viața sub unghiul utilității, dar nu poate și nici nu trebuie să se înstrăineze de îndrumarea morală. Producerea de bunuri materiale efective cere o disciplină de viață, sobrietate și ordine care trebuie să provină din interiorul (morală) omului.

## 6. CONFLICTUL DINTRE VALORI

Referitor la bunuri și achiziționarea lor Aristotel susține în lucrarea sa *Politica* (1998, I 3,9) ideea că, menirea curajului nu este să faci bani ci fapte bărbătești și nici menirea artei războiului și a medicinei nu este să faci bani, ci menirea celei dintâi este să aducă biruința iar a celei de a doua să aducă omului în sănătoșirea. Prin afirmația sa filozoful condamnă punctul de vedere economic și subliniază faptul că între valori există un *conflict latent* care poate dezechilibra balanța sentimentelor și a sufletului. Sinteza și armonia, care ar putea aplană conflictul latent al valorilor, rămâne o problemă a omului și societății. Aristotel observă că există două feluri de agonisire a bunurilor necesare întreținerii vieții: acela care rezultă din scoaterea din natură a lucrurilor folositoare vieții și aceea de „agonisire a bunurilor” apreciată de el ca fiind „nenaturală” (cea pe care o aduce comerțul prin intermediul banului). Multiplicarea banilor prin bani el n-o admite, deoarece contrazice indicația naturii, mama natură care călăuzește judecata etică. După Aristotel agonisirea averii este de două feluri: una comercială care își atrage câștigul din sine însuși și alta domestică, ultima fiind singura necesară și vrednică de laudă deoarece își trage câștigul de la natură. Împrumuturile pe dobândă și camătă sunt acuzate de el pentru că își scot câștigul tot din bani, cărora nu le lasă destinația pentru care au fost creați (o monedă de schimb pentru produsele naturii). Pentru antici și filozofii Evului Mediu, în operele cărora punctul de vedere aristotelic era mai mereu citat, dobânda este un lucru opus naturii. Textele lui Aristotel subliniază argumentat, conflictul care apare între punctul de vedere economic și cel estetic și moral.

Referitor la conflictul posibil al valorii economice cu celelalte tipuri de valori. Tudor Vianu (1998) subliniază că este posibil ca resorturi intime ale structuri tipologice sufletești să intre în rezonanță cu anumite tipuri de valori, în care una devine centrală, dominantă, determinând o corespondență cu celelalte sau diferite



configurații sufletești corespunzătoare lor. Cert este că una din valori devine axa ființei proprii și le acționează pe toate celelalte subordonându-le.

*Conflictul* unanim tratat de moralisti este cel dintre valoarea economică și celelalte valori. Găsim descris tipul omului economic – purtătorul și păstrătorul valorii economice care îi domină realitatea. Pentru el lumea este un mare domeniu de utilități; eforturile lui se îndreaptă spre producerea de bunuri economice după norma (principiul) marelui randament și un minimum de efort. Efortul minim presupus a atras după sine comentarii critice referitoare și la un alt conflict implicit: purtătorul valorii economice întră obligatoriu în conflict fie cu valoarea teoretică, fie cu valoarea estetică, ori cu cea morală. În Antichitate, în care a dominat punctul de vedere al omului teoretic – căutător al adevărului – termenul grecesc de *banaios* denumea omul orientat către câștig, către folosirea (specularea) tehnică și economică a vieții. În portretul descris de antici se deprecia acest tip omenesc care nu se compara cu omul teoretic – eroul reprezentativ al acestei epoci istorice. Nu apare atât de acuzabilă acțiunea de producere a bunurilor materiale cât agonisirea în exces a lor și, mai ales, tehnicile și metodele utilizate în folosirea „brațelor omenești”. De asemenea, folosirea intelectuală, în cazul omului teoretic, avea o valoare mult mai mare de demnitate, dacă nu chiar singura care asigură demnitatea ființei umane.

Într-un pasaj din lucrare sa „Politica” (1998, I 3,9.) tot Aristotel descrie primul conflictul dintre valoarea economică și cea estetică. El spune: „Oamenii, din nefericire, se îngrijesc numai de a trăi și nu de a trăi frumos”, ceea ce ne sugerează că el acordă un scop cu mult mai înalt vieții. Pentru filozof, însăși *omul estetic* (cel care vrea să introducă viața sa și aspectele care-l înconjoară în sfera frumuseții și armoniei) sucombă sub puterea economicului. Pasajul său continuă cu o observație interesantă: „Dorul de viață fiind infinit, oamenii se străduiesc să strângă mijloace infinite de a trăi; chiar și cei care năzuiesc să trăiască frumos caută, mai ales, plăcerile corporale și, fiindcă acestea se știe că se procură cu bani, toată străduința lor se învârtă în jurul afacerilor unde se câștigă banii, astfel încât ramura *chrematistice* de aici s-a născut” (*Chrematistica* - considerată arta înăvuirii care-l face pe om să se abată de la norma dreptei conduite în viață).

Valoarea economică intră în conflict și cu valoarea religioasă. Există un conflict esențial între tendința spre pioșenie a omului religios, care își trăiește viața întru Dumnezeu și viața adânc înrădăcinată în realitățile acestei lumi a omului economic. În religia creștin-ortodoxă și *Biblie* se afirmă că nici un om nu ia cu el în mormânt bogăția și onorurile câștigate, ele sunt doar amăgiri în viața care-l îndepărtează pe om de Dumnezeu. După Sfântul Luca bogăția face mântuirea cu mult mai grea și „este mai ușor unei cămile de a trece prin urechile acului decât bogatului în împărăția cerului”. Din textul biblic înțelegem că iubirea de bani este izvorul tuturor relelor adică banul agravează și nu ușurează servitudinea ce-l ține pe om în păcat. Banul întoarce sufletul omului de la Dumnezeu și îl orientează spre *creatură*; îl face incapabil de sfânta meditație; el naște conflicte de tot felul și războaiele între națiuni.

fiind izvorul tuturor nedreptăților și al tuturor agresiunilor; el distruge caritatea și operele cele bune; seamănă discordie în familii ducându-i pe oameni în ispită păcatului (Baxter apud W.Sombart: „*Le bourgeois*”, 1928). Se poate spune după ideile exprimate că valoarea economică s-ar găsi într-un conflict general cu valoarea religioasă, estetică, morală și teoretică. Se pare că adâncind punctul de vedere al valorii economice, după antici și moralisti, oamenii nu au mai putut răzbi către punctul de vedere al totalității vieții. Și între valoarea teoretică și valoarea religioasă a existat un conflict care a fost surprins încă din Evul mediu. Când valoarea religioasă a dobândit supremația, *omul teoretic* cu veleități științifice, acela care caută adevărul pentru adevăr, a devenit *eretic*.

Dar să ne întoarcem totuși la *morală*, la cele susținute de B. Franklin, eroul prin excelență al civilizației economice americane, și de Leon Battista Alberti (artist, poet, arhitect și filozof din perioada Renasterii) care considerau că *moralul* apare în strânsă corelație și asociere cu *economicul*. Ei susțin ideea de *rațiune* guvernată de *sfânta ordine în viață*, de înțelepciune cumpătată, în care omul moral, animat de dorința de perfecțiune, are dreptul să se bucure de toate succesele sale. Perfecțiunea însă nu există dar este meritoriu faptul că omul se străduie în viață s-o atingă fără a greși, fără a părăsi linia morală. Sarcina aceasta este cea mai grea pentru că, după cum afirmă Franklin, obișnuința este mai puternică decât vigilența. Dispoziția naturală a omului capătă preponderență asupra rațiunii și simpla convingere teoretică, potrivit căreia este în interesul nostru de a fi cu desăvârșire virtuoși, nu ajunge să ne prezerve de greșeli. Trebuie să spargem vechile obișnuințe și să dobândim altele pentru a asigura vieții noastre un caracter invariabil onest. Franklin recomanda o metodă care conține și unele principii pe care omul economic trebuie să încerce să le introducă treptat ca deprinderi active în viața lui. Printre acestea sunt: temperanța, tăcerea, ordinea, decizia, modestia, zelul, loialitatea, echitatea, stăpânirea de sine, curățenia, echilibrul moral, castitatea. În vederea achiziției și unei bune administrări a averii moștenite sau câștigate prin efortul său, omul economic trebuie să își impună o disciplină morală (*Project for Moral Perfection. From „The Autobiography of Benjamin Franklin”*).

Recomandările lui Franklin ne sugerează trecerea spre punctul de vedere moral, pe care îl putem vedea azi asociat cu orice altă valoare, fie ea științifică, estetică, religioasă sau politică. Rămâne însă de văzut ce se înțelege prin loialitate și onestitate. Spre exemplu, în epoca Renașterii prin onestitate se înțelegea o conduită care consta dintr-o bună și conformă purtare în societate, respect de sine și tendința de a menține buna imagine a semenilor despre tine. Preocuparea legată de respectul față de sine și de a câștiga și menține respectul celorlalți, este cheia onestității în sensul clasic. Interesele individualității și ale grupului intră adesea într-o coliziune care schimbă raportul acestora adică, pentru a-și păstra respectul față de sine persoana este nevoită să renunțe la poziția compliantă față de membrii unui grup.

Grija lui B. Franklin față de propria imagine oferită celorlalți o acceptăm, adică grija de a fi constant



continuu, de a fi „muncitor și sobru” pentru a nu-i decepționa cu o imagine contradictorie. Este adevărat că omul trebuie să reușească prin educație să fie capabil de un autocontrol eficient, referitor la atitudinile legate de dorințele și obișnuințele sale și un doar atât. El subliniază chiar un simț al situațiilor compromițătoare pentru reputația sa când mărturisește: „mă îmbrăcăm în chip modest; nu mă lăsam niciodată văzut în locuri unde lumea se deda la distracții josnice și niciodată nu mă duceam nici la vânătoare nici la pescuit”, o sobrietate înțeleasă de el ca un bun moral care rezultă din situația specifică a omului economic, văzut în epoca sa ca cetățean de seamă și de încredere pentru comunitate (B.Franklin: *Project for Moral Perfection From „The Autobiography of Benjamin Franklin”*).

În completarea tabloului de corelări posibile ne apare ca evidentă ascensiunea economicului către moral și o reabilitare a lui. Nu lipsește nici ascensiunea lui către teoretic. Primii care subliniază această corelație pozitivă posibilă sunt filozofii și poeții antici precum Homer, Demostene, Platon, Pliniu cel Bătrân dar și alții.

Citându-l pe Alberti care esențializează învățătura antichității, W.Sombart (1928) trage concluzia că simpatia burgheziei se îndreaptă, mai ales, către filozofia stoică, cea caracterizată de o aderare la normele rațiunii și printr-o reprimare a instinctelor animalice; îndrumare care se potrivea destul de bine cu nevoile producțiilor economice. Acest aspect subliniază posibila înclinație a omului teoretic către o reflectare filozofică asupra vieții. Corespondențe benefice ale punctului de vedere economic cu cel religios găsim și în tema studiilor sociologice ale lui Max Weber consacrate acestei probleme. El susține că la baza formării mentalității capitaliste moderne stă o contribuție religioasă puternică – cea protestantă. Din lucrările sale rezultă că omul economic este capabil să trăiască, să rezoneze cu unele valori religioase, să fie puternic dar și onest. Ideea lansată este aceea că, averea sau bunurile agonisite de omul pios și drept, capătă rădăcini adânci în pământ, aduc binecuvântarea lui Dumnezeu și se transmit copiilor și nepoților. Atât averea cât și copiii le primim ca pe o binecuvântare a faptelor noastre întreprinzătoare care devin prin voința divină și prospere. De la Dumnezeu primim totul dar trebuie să pornim de la o situație religioasă, stare interioară plină de pietate, dacă dorim ca acțiunile noastre întreprinzătoare de cucerire economică a vieții să reușească (Max Weber, 1993).

## 7. CONCLUZII

Din final transpare ideea că valoarea economică nu este, în principiu, incompatibilă cu niciuna dintre valorile prezentate de antici ca opuse. Există posibilitatea creării unor constelații de valori chiar în jurul valorii economice care devine una principală ce le domină pe celelalte. Rămâne de analizat modul în care valorile comunică în interiorul structurii sufletești a omului care trăiește în conjuncturi ce-l pot îndepărta sau apropia de unele valori. Limitarea cunoașterii și a câmpului de conștiință, îl poate izola în ignoranță și să nu-i permită accesul la alte tipuri de valori.

Ireductibilitatea valorilor a fost stabilită de Kant care considera valorile ca fiind esențe raționale ontologice și

culturale la care omul are acces prin intermediul conștiinței. Conflictul dintre ele nu se soluționează în cadrul aceleiași orizont ontologic prin subordonare. Sursa genezei și comunicării lor se află în structura sufletească, mai mult sau mai puțin unitară, a caror energii canalizate vor deveni și functionale.

Problema conflictului dintre valori este de fapt o problemă a realizărilor valorice și ea se poate rezolva prin determinarea valorilor „exponente” ale unei culturi, prin adâncirea cercetării culturii respective până la condițiile ei de posibilitate, la dimensiunile multiple ale unei structuri fundamentale care pot comunica și interacționa în acțiunea lor fondatoare.

## 8. BIBLIOGRAFIE

- Andrei, Petre (1945). *Filosofia valorii*, Fundatia Regelui Mihai I, Bucuresti;
- Antologie Platoniciană (1996). *Miturile lui Platon*, Editura Humanitas, București;
- Aries Philippe & George Duby (1194). *Istoria vieții private*, vol. 1 și 2, Editura Meridiane, București;
- Aristotel (1998). *Politica* în „Etica Nicomahică”, Editura IRI, Bucuresti, 1998;
- Aristotel (1998). *Poetica*, Editia a II-a, Editura IRI, Bucuresti;
- Barnes Jonathan(2006). *Aristotel*, Editura Humanitas, Bucuresti;
- Braudel Fernand (1994). *Gramatica civilizațiilor*, vol. 1, Editura Meridiane, București;
- Cassirer Ernst (1994). *Eseu despre om. O introducere în filozofia culturii umane*, Editura Humanitas, București;
- Fichte, F. (2005). *Etica*, Ed. De Riviera de Rosales, Madrid;
- Franklin Benjamin. *Project for Moral Perfection. From „The Autobiography of Benjamin Franklin”*, The Ayn Rand Institute ([www.aynrand.org](http://www.aynrand.org));
- Freud, S. (2000). *Studii despre societate și religie*, Opere 4, Editura TREI, Bucuresti;
- Hartmann Nicholas (1925). *Ethik*, de Gruyter, Berlin-Leipzig ;
- Jung, C.G.(1994 ). *Puterea sufletului. Antologie, Prima parte: Psihologia analitică Temeiuri*, Editura Anima. Bucuresti;
- Kant, I.(1998). *Critica rațiunii pure*, Ed. A III-a, Editura IRI, Bucuresti;
- Lalande, A.(1910). *La theorie des valeurs*, Payot, Paris;
- Maslow, A.(2007). *Motivatie și Personalitate*, Editura TREI, Bucuresti;
- Sombart, Werner (1928). *Le Bourgeois*. Editions Payot, Paris;
- Simmel, Georg (1900). *Philosophie des Geldes*, Leipzig;
- Scheler Max (1954). *Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik*, Vol. II , Frankfurt am Main;
- Valéry, Paul (1996). *Criza spiritului și alte eseuri*, Editura Polirom, Iasi;
- Vianu, T. (1998). *Filosofia Culturii și Teoria Valorilor*, Colectia: Carti fundamentale ale culturii romanesti. Editura Nemira, Bucuresti;
- Weber, Max (1993). *Etica protestanta și spiritul capitalismului*, Editura Humanitas, Bucuresti.



## DE CE UN SCREENING AL PROBLEMELOR EMOTIIONALE ȘI COMPORTAMENTALE ÎN MEDIUL ȘCOLAR?

ANCA ELENA PANĂ, DORINA LOGIN

Școala cu clasele I-VIII "Horea" Cluj-Napoca; anca\_arsin@yahoo.com

Centrul de Sănătate Mintală Deva; dorinalogin@gmail.com

**ABSTRACT:** Mental health problems are affecting more and more people, including children and teenagers. A great part of those with such problems are not identified and do not receive proper care in time, which aggravates these problems. The identification of emotional and behaviour problems represents a necessity when organizing an intervention, and the screening examinations done inside the school community represents the solution.

**Key words:** Emotional problems, behaviour problems, school population, screening.

### 1. INTRODUCERE

Profesioniștii din mediul școlar și domeniul sănătății surprind o amplificare a problemelor de sănătate mintală la copii și adolescenți. În primul rând sunt sesizate problemele comportamentale, relaționale, atenționale, mai accesibile percepției directe, nemijlocite și mai „deranjante” pentru anturaj. Problemele internalizate sunt și ele frecvente, afectând starea de bine a copilului și adolescentului, dar sunt mai greu accesibile anturajului. Rezultatele diferitelor studii, statisticile și prognozele OMS atrag atenția asupra creșterii numărului de copii și adolescenți afectați de aceste probleme. Se menționează, pe de o parte, amplificarea problemelor și pe de altă parte, faptul că un număr important de cazuri nu sunt depistate la timp și tratate corespunzător, astfel încât se agravează, afectând indivizii și comunitatea. Observațiile specialiștilor, datele oferite de studiile realizate în diferite zone geografice, sunt în acord în a atrage atenția asupra amplificării frecvenței și gravității problemelor de internalizare și externalizare și deteriorării stării subiective de bine în populația de copii și adolescenți. Scopul pe care ni l-am propus este acela de a aduce argumente privind necesitatea unui screening în populația școlară în scopul depistării problemelor de sănătate mintală (clinice/subclinice) la copii și adolescenți și al organizării unor programe de intervenție adaptate nevoilor reale. În acest scop aducem în discuție două categorii de argumente: (a) teoretice, bazate pe concluziile, datele găsite de diferite studii, anchete, așa cum sunt ele prezentate în literatura de specialitate și (b) prezentarea rezultatelor preliminare ale unui screening realizat la elevii din clasele V-VIII.

### ASPECTE TEORETICE: ARGUMENTE ÎN FAVOAREA UNUI SCREENING

Raportul publicat în 2002 de un grup de experți de la Institutul Național de Sănătate și Cercetare Medicală din Franța (Bailly ș. a., 2002) menționează prognozele îngrijorătoare ale OMS privind creșterea importantă a patologiei psihice (cu 50% în 2020), ceea ce plasează această patologie în cadrul celor cinci cauze principale de morbiditate la copii și adolescenți. Cercetarea realizată de un colectiv pluridisciplinar de experți găsește, pentru perioada studiată, că aproximativ 12%

dintre copiii și adolescenții francezi suferă de tulburări psihice ce interferează cu dezvoltarea lor, afectându-le activitatea școlară și calitatea vieții. În cadrul studiului nu au fost incluse tulburările de conduită care au constituit obiectul altor studii. Un aspect subliniat de autorii menționați este importanța depistării și intervenției timpurii, în condițiile în care consultația de specialitate adesea se realizează prea târziu, ceea ce agravează problemele și consecințele lor. O depistare activă precoce a dificultăților/problemelor emoționale, comportamentale, sociale, de atenție și învățare în faza incipientă și punerea în practică a unor măsuri de intervenție reprezintă o modalitate de ameliorare a situației. Studiul realizat de Abella și Manzano (2006) concluzionează asupra faptului că, prin prevalența crescută, consecințele pe care le antrenează, prin terapia insuficientă sau/și tardivă, problemele psihice ale copilului și adolescentului reprezintă o problemă importantă de sănătate publică. Rezoluția OMS WHA65.4 la cea de a șaizeci și cincea întrunire din 25 mai 2012 menționează la articolul 1 necesitatea ca promovarea sănătății mentale, prevenția tulburărilor psihice și identificarea timpurie a problemelor în scopul intervenției rapide eficiente, să reprezinte o prioritate națională. Din păcate, în România, nu avem date statistice actuale adecvate privind incidența și prevalența tulburărilor psihice în cadrul populației de copii și adolescenți, iar datele existente sunt insuficient cunoscute, așa că ne punem întrebarea cum arată realitatea dincolo de impresiile generale, de observațiile curente ale profesioniștilor ce lucrează în mediul școlar, în sectorul medical, de mediatizările cazurilor de violență, agresivitate în rândul copiilor și adolescenților.

Date prezentate pentru populația românească au fost obținute în cadrul unui studiu epidemiologic larg („proiectul CENTAUR”) realizat în perioada 1981 – 1984 de un colectiv de specialiști români (neuropsihiatrii, psihologi) pe un eșantion de 14812 subiecți cu vârste cuprinse între 10 luni și 16 ani, din 18 județe. Studiul s-a realizat în mai multe etape și a recurs la instrumente diferite, adaptate grupei de vârstă și problematicei; screeningul inițial a fost realizat în familie cu ajutorul unui chestionar ce conținea 129 întrebări (adresate părinților, educatorilor, profesorilor) și a fost urmat, pentru cazurile identificate cu



probleme, de o examinare aprofundată psihologică, neurologică, psihiatrică). Rezultatele studiului, publicate în 1999 în „Romanian Journal of Neurology” (Grigoriu, M., Jost, L., Christodorescu, D., Nedelcu, H., Cantilli, L., 1999) indică o prevalență (pentru ansamblul eșantionului și tulburărilor) de 11,7%. Variabilitatea rezultatelor este mare, fiind cuprinsă între 3,6 și 20,3. Compararea (de către autori) a rezultatelor obținute în acest studiu cu date oferite de studii realizate în alte țări - autorii citând studii publicate de Rutter, Tizard și Whitmore în 1970, Kashani, Husain, Sheki, Hodges, Cytryn, McKnew în 1981 (Grigoriu, M., Jost, L., Christodorescu, D., Nedelcu, H., Cantilli, L., 1999) - îi conduce pe aceștia spre formularea concluziei că rata globală a prevalenței tulburărilor pentru populația românească este apropiată datelor găsite de studii realizate în alte țări. În ceea ce privește problemele emoționale, autorii au constatat că, pentru perioada investigată, rata tulburărilor emoționale se situa la limita inferioară a concordanței cu date ale studiilor din diferite țări occidentale. Rezultatele unui studiu descriptiv transversal realizat în 1992 în trei județe din România (Cluj, Hunedoara și Timiș), studiu ce a urmărit diagnosticarea, în acord cu criteriile CIM-10, a prezenței tulburărilor mentale și comportamentale (tulburări pervazive de dezvoltare, tulburări de atașament și hospitalism, tulburări emoționale și de conduită, tulburări specifice de dezvoltare, retard mental) la copiii și adolescenții instituționalizați, indică prezența unui diagnostic principal la 54% din subiecții examinați, din care tulburările emoționale și de conduită ocupă 12,9% (Pluye ș.a., 2001). Pornind de la constatarea că tulburările psihiatrice la copil sunt ceva comun și tratabil dar rămân adesea netratate pentru că adesea nu sunt identificate, Goodman, Ford, Simmons, Gatward, Meltzer (2000) realizează un studiu ce vizează eficiența Chestionarului de Capacități și Dificultăți SDQ în depistarea tulburărilor. Autorii concluzionează că SDQ permite identificarea a peste 70% din subiecții ce prezintă tulburări comportamentale, hiperactivitate, tulburări anxioase și depresive și mai puțin de 50% din cei ce prezintă tulburări fobice, anxietate de separare și tulburări ale comportamentului alimentar. Ei consideră că punerea în practică a unor programe de screening utilizând instrumente ce solicită informații de la diferite categorii de respondenți (copii, părinți, cadre didactice) crește eficacitatea depistării problemelor de sănătate mintală la copii și adolescenți. În acest context ne-am pus întrebarea care este „radiografia” actuală a unei unități școlare sub aspectul manifestărilor comportamentale și trăirilor emoționale ale elevilor, care este prevalența tulburărilor, problemelor mai sus menționate? Mediul familial și cel școlar sunt cele în care se manifestă frecvent aceste dificultăți. Uneori familia, profesorii remarcă existența problemelor și solicită consult de specialitate. Alteori dificultățile sunt minimalizate, puse pe seama unor aspecte legate de dezvoltare, negate, amplificându-se și structurându-se patologic. Adesea cadrele didactice sunt cele care sesizează existența unor probleme și atenționează familia sau solicită consiliere psihologică, alteori sunt trecute cu vederea, ignorate.

Problemele/simptomele subclinice sunt frecvente în colectivitățile de elevi dar adesea sunt ignorate ceea ce generează structurarea lor patologică (Login, 2005). Desigur există și riscul exagerării problemelor de către părinți și cadre didactice iar reacția excesivă și atitudinile asociate ei pot genera, de asemenea, probleme importante copilului. În acest context este evidentă nevoia de a obține informații cantitative și calitative cât mai obiective (dincolo de „impresiile” anturajului). Studiul realizat de Doll (1996) atrage atenția asupra (1) inadecvării serviciilor de sănătate mintală din școlile primare și secundare la nevoile reale ale copiilor și adolescenților americani, (2) necesității de a cunoaște nevoile reale ale acestei categorii de populație, de focalizare pe identificarea tulburărilor de sănătate mintală la copii și adolescenți ca prim pas în elaborarea și punerea în practică a intervențiilor eficiente, adecvate nevoilor existente. Ca urmare, este firesc să fie căutate modalități de identificare obiectivă a problemelor/tulburărilor, a celor aflați în situații de risc crescut, identificare ce permite aplicarea eficientă a intervențiilor și diminuarea consecințelor lor negative. Unde, cum, în ce mod putem identifica cât mai eficient elevii cu probleme sau în situație de risc? Cine sunt cei care ne pot oferi informații cât mai valide? Este evidentă necesitatea unor evaluări standardizate ce fac apel la surse diferite de informație pentru că diferiții adulți din anturajul elevilor pot avea un mod diferit de percepere a problematicii acestora așa cum surprinde studiul realizat de Abella, Gex-Fabri, Manzano (2001); autorii au analizat modul diferit în care sunt identificate și percepute problemele psihologice ale copilului și adolescentului de către specialiștii clinicieni și educatori. Evident mediul în care se poate realiza cu succes un screening al dificultăților/problemelor comportamentale, emoționale, de învățare, de sănătate fizică și psihică este instituția școlară (grădinițe, școli). În acest scop avem nevoie de instrumente valide, economice, ușor acceptate de către respondenți, care să permită identificarea, cu un risc de eroare cât mai mic, a prezenței tulburărilor clinice dar și a problemelor/dificultăților subclinice, ce pun copilul în situație de risc crescut. Și, evident, avem nevoie de date statistice actualizate la nivel național privind prevalența și incidența tulburărilor. Un screening al problemelor somatice și psihocomportamentale la copii și adolescenți (10-18 ani) a fost realizat în cadrul proiectului DEMODEF, proiect finanțat de Autoritatea Națională pentru Cercetare Științifică. În cadrul acestui proiect a fost utilizat chestionarul de Capacități și Dificultăți (SDQ) (resurse web: <http://demodef.googlepages.com>) pentru culegerea de informații privind problemele emoționale și comportamentale. Datele prelucrate provin de la un eșantion de 915 subiecți (chestionare completate de copii/adolescenți, părinți și profesori).

În scopul obținerii de informații privind problemele emoționale și comportamentale în cadrul populației școlare colaborarea psihologilor din mediul educațional și clinic în culegerea de date și coordonarea unor programe de intervenție poate reprezenta o soluție.



## 2. METODOLOGIE

Studiul (derulat în anul școlar 2010/2011) și-a propus drept scop să identifice frecvența problemelor internalizate și externalizate într-o populație școlară gimnazială. În acest scop au fost selectați aleator 96 subiecți (47 băieți și 49 fete) cu vârste cuprinse între 11 ani 1 lună și 15 ani, elevi în clasele V-VIII, din cadrul

unei școli din Cluj (Tabel 1). S-a obținut acordul scris al părinților pentru participarea la investigație. Chestionarele au fost aplicate elevilor, părinților și cadrului didactic responsabil al clasei din care face parte elevul. În acest studiu sunt prezentate doar rezultate preliminare la chestionarele aplicate elevilor și părinților.

Tabel 1. Compoziția eșantionului în funcție de gen și nivel școlar

Clasa	Clasa V		Clasa VI		Clasa VII		Clasa VIII		Total	
Gen	Număr	Procente	Număr	Procente	Număr	Procente	Număr	Procente	Număr	Procente
Feminin	14	14,58%	8	8,33%	12	12,50%	15	15,62%	49	51,04%
Masculin	13	13,54%	8	8,33%	13	13,54%	13	13,54%	47	48,95%
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>17,70%</b>	<b>16</b>	<b>16,66%</b>	<b>25</b>	<b>26,04%</b>	<b>28</b>	<b>29,16%</b>	<b>96</b>	<b>100%</b>

Pentru realizarea screeningului au fost utilizate două instrumente: Sistemul Achenbach de evaluare pe bază empirică (ASEBA) (Achenbach, Rescorla, 2009) și Chestionarul de capacități și dificultăți (SDQ) (Goodman, 2000). Există o serie de studii ce prezintă rezultatele utilizării celor două instrumente în identificarea problemelor copiilor și adolescenților (Jenssens, Deboutte, 2009; Achenbach, Becker, Dopfner, Heiervang, Roessner, Steinhausen, Rothenberger, 2008; Marzocchi și colab., 2004; Mathai, Anderson, Bourne, 2002; Goodman, Ford, Simmons, Gatward, Meltzer, 2000; Goodman, 1999). Ambele instrumente vizează identificarea problemelor de internalizare și externalizare la copii și adolescenți. Scorurile obținute plasează subiectul fie în intervalul de normalitate (absența problemelor), fie semnalează prezența unor tulburări/probleme clinice (intervalul clinic) sau a unor probleme subclinice (intervalul de risc). Ambele instrumente permit obținerea de date de la mai multe categorii de respondenți, prezentând variante (chestionare) specifice pentru copil/adolescent, părinte sau altă persoană ce îngrijește copilul și educator. Ele conțin și itemi ce vizează aspecte resursă identificate de respondent (copil, părinte sau educator), respectiv atributele pozitive ale subiectului (ASEBA) și comportamentul prosocial (SDQ). Chestionarele ASEBA conțin informații demografice, socio-economice, întrebări deschise privind starea de sănătate, eventualele dizabilități ale copilului, punctele sale tari și aspectele percepute ca problematice, itemi ce urmăresc evaluarea competențelor, activităților, performanțelor școlare, relaționării sociale a copilului și prezența unor simptome/probleme. Analiza rezultatelor permite elaborarea unor profiluri corespunzătoare diferitelor componente ale chestionarului: profilul de competență, profilul funcționării adaptative, profilurile sindroamelor. Chestionarul SDQ este mai scurt, mai puțin laborios atât în ceea ce privește aplicarea cât și prelucrarea.

SDQ este constituit din 25 de itemi repartizați în cinci subscale (cinci itemi pentru fiecare scală): probleme emoționale, probleme de conduită, hiperactivitate, relaționare în grupul de vârstă și comportament prosocial. Suma scorurilor la cele patru subscale ce măsoară probleme (emoționale, comportamentale, hiperactivitate, relaționare în grupul de vârstă) constituie scorul total al problemelor prezente. Scorul la scala ce măsoară comportamentul prosocial nu se include în scorul total, ea fiind o expresie a unei resurse importante a copilului. În mod normal scorurile la această subscală corelează negativ cu scorurile la scalele ce măsoară probleme. De asemenea, varianta extinsă SDQ include și un număr de itemi ale căror răspunsuri constituie „scorul de impact” ce reflectă măsura în care respondentul se simte afectat de problemele existente.

O serie de studii comparative multiculturale au găsit rezultate comparabile în diferite populații. Marzocchi și colab. (2004) trec în revistă studii realizate în cinci țări europene - Croația, Franța, Italia, Spania și Portugalia - concluzionând asupra aplicabilității, utilității chestionarului SDQ în identificarea problemelor emoționale și comportamentale în populația școlară și monitorizarea/ evaluarea eficienței unor programe de intervenție (preventivă, terapeutică, psihoeducație).

## 3. REZULTATE și DISCUȚII

Rezultatele obținute în urma aplicării chestionarelor ASEBA și SDQ la copii și unul din părinți sunt prezentate în tabelele 2-6. Figurile 1-5 prezintă procentul subiecților plasați în intervalul de risc/subclinic și intervalul clinic pentru totalul problemelor identificate și pentru diferitele tipuri de probleme: probleme emoționale/internalizare, probleme comportamentale, hiperactivitate/atenție, probleme de relaționare în grupul de vârstă/probleme sociale.

Tabel 2. Scor total probleme: procentul subiecților plasați în zona clinică sau de risc (SDQ (copil, părinte) și YSR, CBCL)

	Teste	Total		Fete		Băieți	
		Interval de risc	Interval clinic	Interval de risc	Interval clinic	Interval de risc	Interval clinic
Copii (N=96)	SDQ	6.25%	6.25%	4.08%	8.16%	8.51%	4.26%
	YSR	1.04%	4.17%	2.04%	0%	0%	8.51%

Părinți	SDQ	13,54%	9,38%	4,08%	12,24%	23,40%	6,38%
(N=96)	CBCL	11,46%	15,63%	8,16%	12,24%	14,89%	19,15%

Tabel 3. Probleme de internalizare: procentul subiecților plasați în zona clinică sau de risc (SDQ (copil, părinte) și YSR, CBCL)

	Teste	Total		Fete		Băieți	
		Interval de risc	Interval clinic	Interval de risc	Interval clinic	Interval de risc	Interval clinic
Copii	SDQ	2,08%	5,21%	2,04%	6,12%	2,13%	4,26%
(N=96)	YSR	2,08%	6,25%	2,04%	4,08%	2,13%	8,51%
Părinți	SDQ	11,46%	11,38%	12,24%	16,33%	10,64%	6,38%
(N=96)	CBCL	6,25%	15,63%	4,08%	14,29%	8,51%	17,02%

Tabel 4. Probleme de externalizare: procentul subiecților plasați în zona clinică sau de risc (SDQ (copil, părinte) și YSR, CBCL)

	Teste	Total		Fete		Băieți	
		Interval de risc	Interval clinic	Interval de risc	Interval clinic	Interval de risc	Interval clinic
Copii	SDQ	7,29%	8,33%	4,08%	10,20%	10,64%	6,38%
(N=96)	YSR	4,17%	8,33%	2,04%	4,08%	6,38%	12,76%
Părinți	SDQ	9,38%	19,39%	8,16%	12,24%	10,64%	27,66%
(N=96)	CBCL	10,42%	15,63%	8,16%	10,20%	12,77%	21,28%

Tabel 5. Probleme de hiperactivitate/probleme de atenție: procentul subiecților plasați în zona clinică sau de risc (SDQ (copil, părinte) și YSR, CBCL)

	Teste	Total		Fete		Băieți	
		Interval de risc	Interval clinic	Interval de risc	Interval clinic	Interval de risc	Interval clinic
Copii	SDQ	6,25%	3,13%	6,12%	4,08%	6,38%	2,13%
(N=96)	YSR	3,1%	5,21%	2,04%	0%	2,13	0%
Părinți	SDQ	8,33%	5,21%	6,12%	2,04%	10,64%	8,51%
(N=96)	CBCL	13,54%	4,17%	10,20%	6,12%	17,02%	2,13%

Tabel 6. Probleme de relaționare socială: procentul subiecților plasați în zona clinică sau de risc (SDQ (copil, părinte) și YSR, CBCL)

	Teste	Total		Fete		Băieți	
		Interval de risc	Interval clinic	Interval de risc	Interval clinic	Interval de risc	Interval clinic
Copii	SDQ	15,63%	1,04%	12,24%	2,04%	19,15%	0%
(N=96)	YSR	2,08%	0%	2,04%	4,08%	4,25%	6,38%
Părinți	SDQ	14,58%	21,88%	16,33%	24,49%	12,77%	19,15%
(N=96)	CBCL	7,29%	8,33%	6,12%	6,12%	8,51%	10,64%

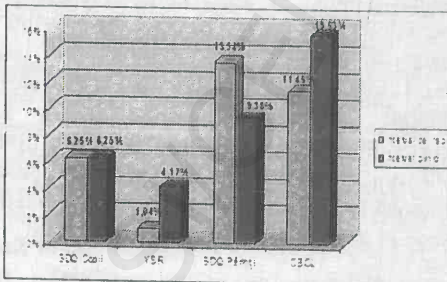


Figura 1. Procentul subiecților identificați cu probleme (scor total) în urma aplicării SDQ (copii, părinți), YSR și CBCL

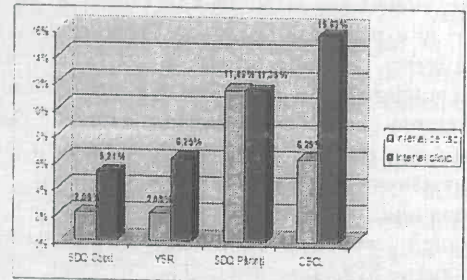


Figura 2. Procentul subiecților identificați cu probleme de internalizare



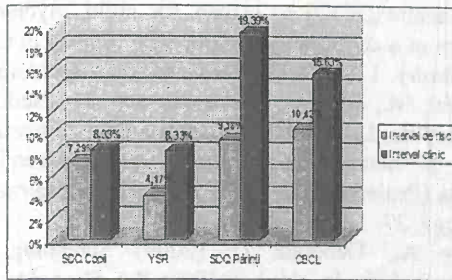


Figura 3. Procentul subiecților identificați cu probleme de externalizare

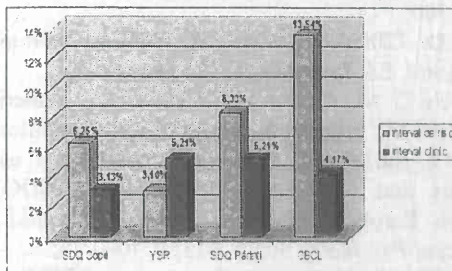


Figura 4. Procentul subiecților identificați cu probleme de hiperactivitate/probleme atenție

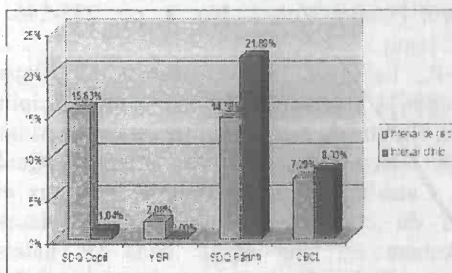


Figura 5. Procentul subiecților identificați cu probleme de relaționare/probleme sociale

Din inspecția datelor prezentate în tabelul 2 constatăm că proporția celor identificați cu probleme clinice și subclinice diferă în funcție de calitatea respondentului (copil sau părinte); atât pentru scorul total al problemelor cât și pentru diferitele aspecte evaluate – emoțional, comportamental, hiperactivitate, relaționare – proporția celor identificați cu probleme este mai mare atunci când respondentul este părintele (22,92% față de doar 12,50% atunci când respondentul a fost copilul). Care este cauza acestor diferențe? O supraevaluare a problemelor de către părinți? O subevaluare, o dificultate în recunoașterea problemelor de către copil? Realizarea unui diagnostic psihiatric independent poate aduce informații importante. Diferența constatată între rezultatele obținute la cele două categorii de respondenți este constatată atât pentru studiul nostru (pentru ambele instrumente utilizate) cât și pentru datele prelucrate în cadrul studiului pilot ce a vizat problemele psihocomportamentale, studiu derulat în cadrul proiectului DEMODEF Proiect C-D CEEX 2006-2008. În cadrul studiului nostru, observația se aplică și scorurilor obținute la YSR și CBCL. Părinții identifică un procent mai mare de subiecți cu probleme atât pentru totalul problemelor cât și pentru probleme

de internalizare, probleme de externalizare, hiperactivitate/probleme de atenție și probleme sociale decât subiecții copii/adolescenți (tabel 2-6; fig. 1-5). Această constatare constituie un argument pentru utilizarea unor instrumente ce solicită informații de la diferiți respondenți. O analiză comparativă a răspunsurilor celor două categorii de respondenți (copii/adolescenți și părinți) la cele două probe psihologice aplicate (SDQ și ASEBA) surprinde faptul că proporția subiecților cu probleme clinice/subclinice în diferite arii nu este identică pentru cele două categorii de respondenți și pentru cele două probe utilizate. Problemele relaționale se situează pe primul loc ca și frecvență atât în răspunsurile părinților cât și ale copiilor la SDQ; pe locul doi se situează problemele comportamentale; locul trei și patru sunt ocupate de problemele emoționale și hiperactivitate.

În cazul chestionarelor ASEBA (YSR și CBCL), atât pentru respondenții copii cât și părinți, pe primul loc se situează problemele de externalizare, pe locul doi cele de internalizare, pe locul trei problemele de atenție/hiperactivitate și pe locul patru, cu cea mai scăzută rată, cele de relaționare.

Un aspect de investigat este tocmai cel al detectării problemelor de relaționare/sociale identificate de cele două probe. Problemele relaționale se situează pe primul loc la SDQ (16,67 % – copii, 36,46% - părinți) și pe ultimul loc ca și frecvență la YSR (2,08%) și CBCL (15,62%). O posibilă cauză a diferențelor importante între scorurile ASEBA și SDQ în identificarea problemelor din sfera social/relațională poate consta în faptul că itemii SDQ vizează relațiile din grupul de vârstă și nu relațiile sociale mai largi.

Numărul cel mai mic de subiecți identificați cu probleme este pentru probleme sociale la YSR (doar 2,08%) urmat de numărul celor cu probleme emoționale identificate de SDQ copii (7,29%) și probleme de internalizare YSR (8,33%). La această categorie de probleme se constată diferențe importante între răspunsurile subiecților copii și ale părinților, unde procentul celor identificați cu probleme este semnificativ mai mare. O întrebare generată de această observație poate să se refere la capacitatea copiilor de a identifica și de a exprima emoțiile, trăirile subiective.

#### 4. CONCLUZII

Rezultatele studiilor realizate în diferite zone geografice, cu instrumente diferite, subliniază necesitatea derulării unor programe de screening în scopul identificării timpurii și cât mai acurate a problemelor emoționale și comportamentale la copii și adolescenți. În acest scop sunt necesare instrumente de screening valide și economice, care să fie acceptate cu ușurință de către respondenți. Pentru a realiza o evaluare cât mai corectă este semnalată importanța culegerii de informații din surse diferite (copil/adolescent, părinte, profesionist din domeniul educațional). Datele studiilor prezentate și datele culese în studiul nostru indică SDQ ca un instrument util în realizarea screeningului problemelor emoționale și comportamentale. Datele sunt în curs de prelucrare pentru analiza nivelului de acord între răspunsurile diferitelor categorii de respondenți și a nivelului de



acord în identificarea problemelor de către cele două probe utilizate. Studiul de față este doar unul preliminar ce necesită să fie lărgit (prin extinderea la alte școli și alte zone geografice) și aprofundat (prin introducerea unui grup clinic și realizarea unui diagnostic psihiatric independent).

## 5. BIBLIOGRAFIE

- Abella, A., Manzano, J. (2006) Les troubles psychiques de l'enfance et l'adolescence aujourd'hui: un probleme majeur de santé publique, *Schweizer Archiv fur Neurologie und Psychiatrie*, 157, 1, 29-37;
- Abella, A., Gex-Fabri, M., Manzano, J. (2001) Enseignants et cliniciens face aux difficultes des enfants en age scolaire: une etude prospective, *Neuropsychiatrie Enfance Adolescence*, 499: 9-18;
- Achenbach, T.M., Rescorla, L.A. (2009) *Manualul ASEBA pentru vârsta școlară, chestionare și profile*, Cluj-Napoca, Editura RTS;
- Achenbach, Th.M., Becker, A., Dopfner M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H.-C., Rothenberger, A. (2008) Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications, and future directions, *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49:3 (2008), pp 251-275;
- Bailly, D., Bouvard, M., Casadebaig, F., Corcos, M., Fombonne, E., Gorwood, P., Gressens, P., Krebs, M.-O., Le Normand, M.-T., Martinot, J.-L., Ouakil-Purper, D., de Schonen, M.-S., Verdoux, H., Bouée, S., Kovess, V., Macguffin, P., Valla, J.-P. *Troubles mentaux. Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*, Expertise collectif INSERM; Paris, Rapport établi à la demande de CANAM;
- Doll, B. (1996) Prevalence of Psychiatric Disorders in Children. An Agenda for Advocacy by school psychology, *School Psychology Quarterly*, 11(1), 20-46;
- Goodman R. Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (2000) *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 40: 1337-45;
- Goodman, R., Scott, S. (1999) Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: Is small beautiful? *Journal of Abnormal Child Psychology* 27: 17-24;
- Goodman, R., Ford, T., Simmons A., Gatward, R., Meltzer, H. (2000) Using Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample, *The British Journal of Psychiatry*, 177:534-539, <http://www.rcpsych.org>;
- Grigoriu, M., Jost, L., Christodorescu, D., Nedelcu, H., Cantilli, L. (1999) Epidemiologia tulburarilor psihice și neurologice la copii și adolescenți în România (Proiectul CENTAUR), *Romanian Journal of Neurology*, 37; 1-2, 85-94;
- Jenssens A., Deboutte D. (2009) Screening for psychopathology in child welfare: the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) compared with The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA), *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18:691-700;
- Login, D. (2005) *Prevenție și sănătate mintală în adolescență*, Ed. Eurostampa, Timișoara;
- Marzocchi G. M., Capron C., Di Pietro M., Tauleria E. D., Duyme M., Frigerio A., Gașpar F. M., Hamilton H., Pithon G., Simoes A., Therond C. (2004) The use of Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Southern European Countries, *European Child and Adolescent Psychiatry/Suppl.2/13: II/40-II/46*;
- Mathai, J., Anderson, P., Bourne, A. (2002). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) as a screening measure prior to admission to a Child and Adolescent Mental Health Service (CAMHS) *Advances in Mental Health*: Vol. 1, No. 3, pp. 235-246. doi: 10.5172/jamh.1.3.235;
- Pluye, P., Lehougue, Y., Aussilloux, C., Popa, I., Aiguesvives, C., Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Faculté de médecine, Université de Montreal, cp 6128, Succursale centre-ville, Montreal (Quebec), H3C3J7, Canada (2001) Les troubles mentaux et les troubles du comportement des enfants places en établissement de long séjour dans les judets de Hunedoara, Cluj et Timis, Roumanie, *Cahiers d'études et de recherches francophones / santé* 11,1,5-12; <http://www.demodef.googlepages.com>
- Detecția și monitorizarea deficiențelor somatice și psiho-comportamentale la copii și adolescenți (10-18 ani). Studiu pilot.*, DEMODEF Proiect C-D CEEX 2006-2008, Contract de finanțare nr. 106/2006 ANCS. [http://www.who.int/mental\\_health/WHA65.4\\_resolution.pdf](http://www.who.int/mental_health/WHA65.4_resolution.pdf). SIXTY-FIFTH WORLD HEALTH ASSEMBLY WHA65.4 Agenda item 13.2 25 May 2012



## Partea a II-a: PSIHOLOGIE CLINICĂ ȘI A SĂNĂTĂȚII





## ASISTAREA PSIHOLOGICĂ A PACIENȚILOR CU TULBURĂRI DIGESTIVE FUNCȚIONALE

CATRINEL CRĂCIUN<sup>1</sup>, ADRIANA BĂBAN<sup>1</sup>, DAN L. DUMITRAȘCU<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca, catrinelcraciun@yahoo.com, adrianababan@psychology.ro

<sup>2</sup>Universitatea de Medicină și Farmacie, Iuliu Hațieganu, Cluj-Napoca, ddumitrascu@umfcluj.ro

**REZUMAT:** Capitolul de față abordează problematica sindromului intestinului iritabil (SII) din perspectiva modelului biopsihosocial, punând accent pe identificarea factorilor emoționali și cognitivi implicați în etiologie și tratament. Sunt prezentate o serie de strategii de management al stresului care au rol în controlul și reducerea simptomatologiei SII. De asemenea, este discutat un model de consiliere psihologică bazat pe Health Action Process Approach, o abordare care implică adaptarea intervențiilor la stadiul de modificare comportamentală a persoanelor.

**Cuvinte cheie:** modelul biopsihosocial al bolii, managementul stresului, modelul HAPA, tulburări digestive funcționale.

### 1. INTRODUCERE

D-na G. are 48 de ani și spune că în ultimul timp este foarte stresată deoarece are un loc de muncă ce implică multă responsabilitate, precum și multe obligații acasă fiind mama a trei copii și având grijă și de părinții săi care sunt bolnavi. S-a prezentat la medic deoarece a experimentat următoarele simptome în mod recurent în ultimele 3 luni: durere în partea inferioară a abdomenului, balonare după masă, scaune neregulate (constipație alternată cu diaree), eliminare de gaze în exces, stomac zgomotos și senzația că intestinul nu se golește niciodată. În rândul populației, una din 4 persoane suferă de simptome similare cu ale D-nei G., care au fost descrise în literatura de specialitate sub numele de Sindromul Intestinului Iritabil (SII; Dumitrascu & Baban, 1991; Costin, Petrar, Dumitrascu, 2006). Această problemă de sănătate este mai des întâlnită în rândul femeilor comparativ cu bărbații (Spiller et al., 2007).

Multe persoane nu se prezintă la timp la medic sau ignoră simptomele și astfel în timp problema de sănătate se poate agrava. SII nu reprezintă doar o problemă medicală. Stresul psihologic reprezintă un factor ce contribuie la accentuarea simptomatologiei SII. Studii longitudinale demonstrează că stresul este implicat în apariția SII, dar mai ales în agravarea simptomelor în timp (Dancey et al., 1998). Din perspectivă psihologică, au fost descrise două căi prin care un control deficitar al stresului rezultă în dezvoltarea SII. O primă posibilitate este aceea a existenței unei reactivități excesive a intestinului la stresorii din mediu, astfel declanșându-se o reacție fiziologică care este experimentată ca durere, diaree sau constipație. O altă modalitate este aceea în care persoanele anxioase manifestă o hipervigilență față de stimulii interni cum ar fi contracțiile intestinale și le interpretează automat ca fiind dureroase și ca reprezentând semne ale unei boli grave. Aceste persoane se caracterizează ca având un nivel crescut de neuroticism (Pennebaker, 1992).

Datorită cauzelor care stau la baza apariției SII și a consecințelor pe care acesta le are asupra persoanelor afectate (de ex. instalarea anxietății sau a depresiei), putem spune că acest sindrom reprezintă un domeniu de

studiu și de activitate pentru psihologii care lucrează în domeniul sănătății. Pe de o parte se pot trasa intervenții care să prevină instalarea simptomelor SII, iar pe de altă parte se poate interveni pentru a reduce simptomatologia și a crește calitatea vieții pacienților cu SII (Van Oudenhove et al., 2010).

Pentru persoanele care nu reușesc să controleze simptomatologia SII, aceasta poate interfera cu activitățile lor cotidiene și astfel să le provoace emoții negative (ex. furie, anxietate, rușine, depresie) care le mențin sau chiar le amplifică simptomele resimțite (de ex. durerea abdominală). Persoanele cu SII adesea evită activitățile sociale (de exemplu nu merg în excursii, nu ies în locuri unde accesul la toalete este dificil) și întâmpină dificultăți în efectuarea sarcinilor de la serviciu datorită simptomelor pe care le manifestă ajungând astfel să absenteze în mod frecvent. De asemenea, simptomatologia le crează probleme și în relaționarea interpersonală și socială; aceste situații pot deveni noi surse de stres și contribuie la menținerea și exacerbarea simptomatologiei existente.

### 2. SINDROMUL INTESTINULUI IRITABIL DIN PERSPECTIVA MODELULUI BIOPSIHOSOCIAL

Conform modelului dezvoltat de Engel (1977) o serie de cauze de natură cognitivă, emoțională și socială stau la baza apariției SII alături de cauzele biologice (Drossman, 2006; Drossmann, 1998). O predispoziție genetică (ex. istoric familial de boli gastrointestinale), evenimente prenatale traumatice (cum ar fi o nutriție defectuoasă a mamei pe parcursul sarcinii), traume trăite în copilărie (ex. o intervenție chirurgicală, abuz fizic sau emoțional) sau factori de mediu din copilăria timpurie pot să determine experiențierea unor simptome la nivel fiziologic. Simptomatologia poate să cuprindă o hipersensibilitate viscerală, inflamații la nivelul intestinului sau motilitatea anormală a intestinului (NDIC, 2011).

Factorii psihologici implicați în apariția SII își au de asemenea originea în primele experiențe de viață. Convingerile despre sănătate, personalitatea și modalitățile de coping se dezvoltă încă din copilărie (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007). Acestea joacă un rol important în modul în care facem față situațiilor



stresante și astfel pot să ducă la declanșarea sau agravarea simptomelor SII. De exemplu, emoțiile negative cum ar fi anxietatea, furia sau depresia sunt influențate de convingerile pe care o persoană le deține sau de către anumiți factori de personalitate (Farnam et al., 2008). Neuroticismul a fost identificat ca un factor de personalitate ce se asociază cu SII (Pennbaker, 1992). Printre convingerile relevante se numără atât cele ce țin de modul în care interpretăm evenimentele cotidiene (de ex. conflicte cu ceilalți), cât și cele ce ne ajută să dăm sens și semnificație evenimentelor traumatice din viața noastră (de ex. pierderea locului de muncă, pierderea unei persoane dragi, divorț, catastrofe naturale etc.). De exemplu, persoanele care au tendințe spre catastrofă, care interpretează multe din situațiile de viață ca fiind groaznice, vor experimenta mai degrabă anxietate care va declanșa simptomatologia SII. Persoanele cu o toleranță scăzută la situațiile neplăcute vor avea mai degrabă stări de furie ce se vor asocia cu SII.

Alte cogniții relevante pentru sănătate sunt reprezentarea bolii și percepția vulnerabilității. În funcție de reprezentarea bolii, oamenii pot să recunoască corect simptomele SII și să se prezinte din timp la medic. De asemenea, una dintre componentele reprezentării bolii este modul în care persoana percepe controlul asupra bolii și cum își reprezintă tratamentul. Sentimentul unui control redus va determina o implicare redusă în tratament și agravarea simptomelor. Modelul reprezentării bolii presupune că experiențerea simptomatologiei determină două procesări paralele de informație: procesarea cognitivă a informațiilor privind boala (1. identitate, 2. durată, 3. cauzalitate, 4. consecințe, și 5. tratament/control) și procesarea emoțiilor care sunt activate în momentul experiențerii simptomatologiei la nivel somatic. Răspunsul cognitiv declanșează un coping focalizat pe problemă, pe controlul bolii și reducerea simptomatologiei, iar răspunsul emoțional determină un coping focalizat pe reducerea emoțiilor negative (Leventhal et al., 1997). Ambele tipuri de coping sunt evaluate în mod constant și se realizează adaptarea strategiilor pentru a le eficientiza. Modalitățile de coping sunt relevante deoarece un coping disfuncțional (de exemplu consumul de substanțe, evitarea consultărilor medicale) poate să ducă la agravarea simptomatologiei.

În general, emoțiile sunt cele care declanșează simptomatologia SII. Există însă o serie de tulburări psihologice care se asociază cu SII (Surdea-Blaga, Baban, Dumitrascu, 2012). Depresia este prezentă la aproximativ 30% dintre pacienți, pe când anxietatea generalizată este prezentă la 15% dintre aceștia. Pe de altă parte, anxietatea specifică legată de simptomele gastrointestinale este implicată în creșterea severității SII (Creed et al., 2005).

### 3. INTERVENȚII PSIHOLOGICE ÎN SII

#### 3.1. Strategii de management al stresului

Din perspectiva modelului lui Lazarus (1999), stresul apare atunci când cerințele din mediu depășesc resursele de a face față situațiilor de care dispune o persoană. Pentru a putea controla stresul, putem fie să acționăm pe problemă și să modificăm ceva direct în

modul nostru de a ne comporta (coping focalizat pe problemă) sau putem să modificăm emoțiile negative pe care le experimentăm (coping focalizat pe emoție). Intervențiile care se bazează pe acțiunea directă asupra problemei presupun modificarea mediului pentru ca acesta să fie mai puțin stresant sau modificarea modului în care persoana își gestionează mediul sau relațiile sociale. De exemplu o persoană poate să schimbe programul de lucru sau activitatea printr-un program de management al timpului, acționând astfel direct pe problema care îi provoacă stres și simptomatologia SII. Pe de altă parte, o persoană poate să modifice modul în care se comportă în situațiile stresante. Prin participarea la un training de asertivitate poate învăța noi modalități de a gestiona situațiile conflictuale ce îi provoacă simptomatologia SII datorită stresului experimentat.

Controlul emoțiilor negative înseamnă reducerea intensității acestora sau modificarea lor acolo unde este posibil. Printre cele mai utilizate tehnici sunt cele de modificare a cognițiilor pentru a schimba emoția. Acestea își au originea în terapia cognitiv-comportamentală și pornesc de la premisa că modul în care interpretăm o situație determină reacțiile emoționale și comportamentale. Prin urmare, în această accepțiune, dacă modificăm cognițiile, atunci reușim să modificăm și emoțiile unei persoane. *Restructurarea cognitivă* care presupune modificarea gândurilor automate negative și a schemelor cognitive disfuncționale ce provoacă emoții negative se numără printre cele mai eficiente tehnici de control a stresului (David, 2006).

Distragerea atenției mai ales prin învățarea unor tehnici de relaxare constituie o altă alternativă eficientă de gestionare a emoțiilor în situații stresante. Respirația în trei timpi și relaxarea musculară Jacobson au fost descrise în literatura de specialitate (David, 2006) ca fiind printre cele mai eficiente modalități de relaxare pentru persoanele cu SII.

Exprimarea emoțiilor în scris (Pennebaker & Chung, 2007) și trainingul de management al furiei constituie alte modalități de management al stresului care ar putea fi utile și în cazul celor care au SII.

Foarte important este să se reducă frecvența comportamentelor de risc care pot să mențină simptomele SII, cum ar fi o alimentație nesănătoasă. Pe de altă parte, studiile arată că implicarea în activitate fizică poate să reducă simptomatologia SII. Prin urmare, este relevant ca intervenția de gestionare a stresului în cazul acestor pacienți, să includă și promovarea activității fizice ca metodă de control a stresului și a simptomatologiei SII.

#### 3.2. Consilierea psihologică bazată pe modelul HAPA

Pentru a proiecta intervenții psihologice eficiente în cazul SII este nevoie de o bază teoretică care să ghideze procesul de consiliere psihologică. Direcția principală de intervenție se referă la managementul stresului. Așa cum am amintit în paragrafele anterioare, aceasta presupune atât o serie de tehnici care să ajute la controlul emoțiilor negative, cât și realizarea unor modificări cognitive și comportamentale. Cu alte cuvinte, managementul stresului presupune o realizare a schimbării stilului de viață care să ducă la reducerea



simptomatologiei SCI și la creșterea calității vieții persoanelor care suferă de această afecțiune.

Un model care oferă un cadru teoretic și bazat pe evidențe științifice cu privire la modificarea stilului de viață este *Health Action Process Approach* (HAPA; Schwarzer, 2008). Acesta conceptualizează schimbarea comportamentală ca fiind un proces ce presupune două mari etape: motivațională și volițională. Etapa motivațională vizează acele persoane care nu au încă intenția să-și modifice comportamentul și care trebuie să fie motivate în acest sens. Etapa volițională se referă la trecerea de la intenție la comportament. La rândul său aceasta a fost împărțită în faza de intenție (persoane care au intenția de modificare comportamentală, dar nu au adoptat încă comportamentul) și faza de acțiune (persoane care au adoptat un nou comportament, dar care trebuie să facă eforturi să mențină schimbarea comportamentală) (Lippke & Ziegelmann, 2008).

În cadrul acestui model, intenția este determinată de percepția riscului, așteptări pozitive cu privire la rezultate și auto-eficacitate de acțiune. Percepția

riscului înseamnă că o persoană se consideră vulnerabilă pentru a dezvolta SII și, pe de altă parte, consideră SII ca fiind o problemă gravă de sănătate. Nu este suficient însă ca cineva să considere că ar putea să dezvolte SII, ci trebuie să își formeze așteptări pozitive cu privire la consecințele comportamentului de management al stresului. Cel mai important factor care prezice intenția unei persoane de a adopta un nou stil de viață este auto-eficacitatea față de inițierea acțiunii. Auto-eficacitatea este definită ca fiind convingerea unei persoane că poate realiza un comportament în ciuda obstacolelor care ar putea să apară (Bandura, 1986). De exemplu, o persoană este convinsă că are resursele necesare pentru a implementa strategii de management al stresului în contextul său. Astfel, persoanele din stadiul de pre-acțiune vor beneficia de pe urma unor intervenții personalizate care să ducă la conștientizarea riscului, la formarea unor așteptări pozitive cu privire la managementul stresului și la creșterea auto-eficacității cu privire la controlul stresului (Luszczynska et al., 2010; 2006).

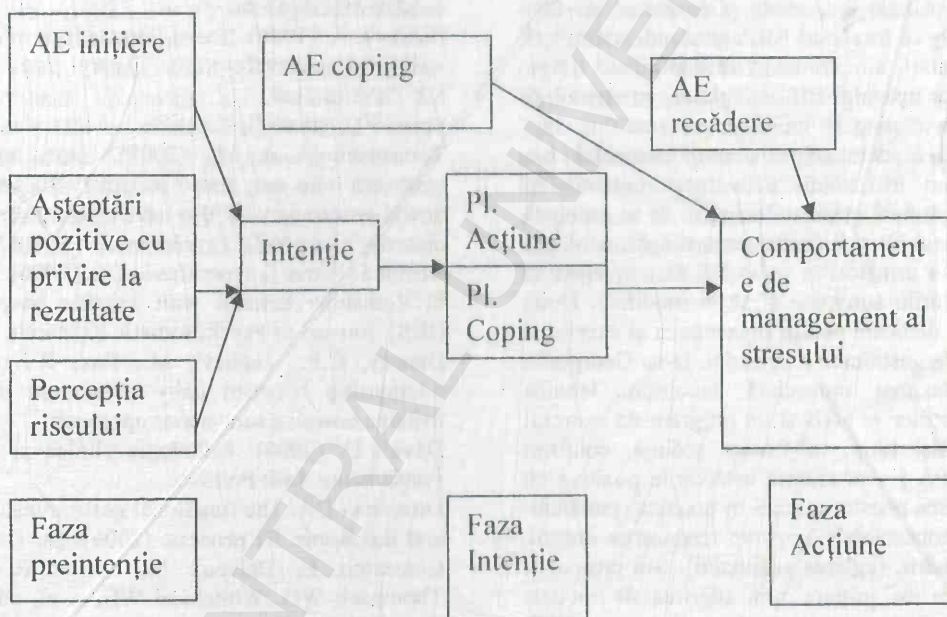


Fig. 1 Modelul HAPA aplicat la comportamentele de management al stresului

Factorii care determină adoptarea comportamentului, conform modelului HAPA sunt planurile de acțiune, planurile de coping și auto-eficacitatea de coping. Cei care se află în stadiul de intenționalitate, vor beneficia de pe urma intervențiilor ce le formează capacitatea de planificare și le dezvoltă auto-eficacitatea de coping. Un plan de acțiune presupune să te gândești unde, când și cum vei pune în practică anumite metode de management al stresului. Planurile de coping pe de altă parte, presupun să vizualizezi ce obstacole pot să apară în adoptarea comportamentului și să identifiți modalități de a trece peste aceste obstacole (Snihotta et al., 2006; Scholz et al., 2006). Auto-eficacitatea de coping se referă la convingerea că poți să depășești

barierele ce interferează cu menținerea comportamentului adoptat, în cazul de față strategii de management al stresului. Modelul a fost dovedit a fi eficient pentru modificarea mai multor comportamente de sănătate și de risc printre care promovarea alimentației sănătoase și a exercițiilor fizice (Gutierrez Dona et al., 2009; Renner et al., 2008; Ziegelmann & Lippke, 2007).

Stadiul de acțiune presupune ca persoana să-și mențină modificările comportamentale și să prevină recidivarea la comportamentele de risc anterioare. De aceea, intervențiile trebuie să se axeze pe creșterea auto-eficacității de recidivare și pe realizarea monitorizării acțiunii și formularea planurilor de coping.



În concluzie, Modelul HAPA (vezi figura 1) oferă un cadru general pentru a structura consilierea de modificare a stilului de viață. Astfel, în primul rând, în cadrul consilierii trebuie să identificăm în ce stadiu de modificare comportamentală se află o persoană. Pornind de la această informație, vom adapta consilierea pentru controlul stresului în funcție de acest stadiu pentru a avea rezultate mai bune. Strategiile prin care realizăm controlul stresului pot să fie inspirate din alte modele teoretice, cum ar fi perspectiva cognitiv-comportamentală. De reținut este faptul că pentru orice strategie fie de management al emoțiilor negative fie de adoptare a unui comportament va fi necesar să motivăm persoana să adopte noile strategii și apoi să o ajutăm să le pună în practică și să mențină noul stil de viață sănătos.

În cazul d-nei Georgescu, despre care am vorbit la începutul acestui capitol, s-a recomandat aplicarea relaxării musculare progresive, un jurnal de exprimare a emoțiilor negative și un program de exerciții fizice regulate. Pentru a crește motivația de implicare în aceste activități, în primul rând s-a crescut percepția riscului pentru agravarea SII. Astfel, într-o primă etapă a consilierii psihologice, d-na Georgescu a fost informată despre ce înseamnă SII, prevalența acestuia și gravitatea netratării simptomelor. În continuare i s-au explicat cauzele apariției SII și legătura cu stresul și mecanismele de coping la situațiile stresante din viața ei. Pornind de la modelul cognitiv comportamental i s-a demonstrat cum în situații activatoare (situații de conflict) apar gânduri automate negative ce se asociază cu anxietate sau furie și îi declanșează simptomatologia specifică SII. În următoarea ședință a fost învățată să identifice gândurile automate și să le modifice. Două ședințe au fost dedicate pentru prezentarea și exersarea alternativelor de gestionare a stresului. D-na Georgescu a învățat relaxarea musculară Jacobson, tehnica exprimării emoțiilor în scris și un program de exerciții fizice. În același timp, în fiecare ședință, conform modelului HAPA i s-au crescut așteptările pozitive cu privire la punerea acestor tehnici în practică, punându-se accent pe consecințele pozitive (reducerea durerii, dispariția balonării, reglarea scaunului). S-a crescut și auto-eficacitatea de inițiere prin oferirea de modele (persoane de aceeași vârstă cu d-na Georgescu care practică exerciții fizice, care aplică relaxarea musculară progresivă) și persuasiunea verbală a consilierului (i s-a spus că toate aceste noi comportamente nu sunt greu de realizat și pot fi integrate în rutina zilnică). După ce d-na Georgescu a fost motivată să adopte noile tehnici de gestionare a stresului, s-a dedicat o ședință metodelor de trecere în etapa de acțiune. A învățat cum să facă planuri de acțiune și de coping și i s-a crescut auto-eficacitatea de coping cu barierele care ar putea să apară și să interfereze cu programul de management al stresului. De exemplu, a realizat un plan de acțiune pentru când (marți și joi), unde (la sala de fitness) și cum (cu o prietenă) să realizeze programul de exerciții fizice. De asemenea, au fost identificate obstacole ce ar putea să apară și să o împiedice în practicarea exercițiilor fizice (lipsa timpului, oboseala, teamă de durere) și cum ar putea să le depășească (managementul timpului, recompensarea pentru respectarea programului de

exerciții fizice, suportul social din partea prietenei). Auto-eficacitatea de coping a fost crescută prin oferirea ca model a prietenei care practică sport cu regularitate. Pentru menținerea comportamentului s-a realizat creșterea auto-eficacității de recădere și auto-monitorizarea noilor comportamente. Respectiv, d-na Georgescu a identificat situații în care ar putea să revină la vechile modalități de gestionare a stresului și ce ar putea să facă în situațiile respective. De asemenea, a realizat un calendar unde a introdus noile activități de gestionare a stresului (exercițiile fizice, completarea jurnalului emoțiilor și relaxarea musculară progresivă) și metoda de recompensare pentru realizarea acestora. Cazul d-nei Georgescu constituie un exemplu practic de cum modelul HAPA poate servi drept un cadru conceptual pentru realizarea asistenței psihologice pentru pacienții cu SII. Acesta constituie un început, fiind necesară explorarea ulterioară a unor astfel de intervenții prin intermediul experimentului cu un singur subiect sau a studiilor experimentale pentru a testa eficiența unor astfel de intervenții pentru managementul stresului și creșterea calității vieții pacienților cu SII.

#### 4. BIBLIOGRAFIE

- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Creed F, Guthrie E, Ratcliffe J, Fernandes L, Rigby C, Tomenson B et al. (2005). Does psychological treatment help only those patients with severe irritable bowel syndrome who also have a concurrent psychiatric disorder? *Aust N Z J Psychiatry*. 39, 807-815.
- Costin S, Petrar S, Dumitrascu DL. (2006). Alexithymia in Romanian females with irritable bowel syndrome (IBS). *Journal of Psychosomatic Research*. 61, 426.
- Dancey, C.P., Taghavi, M., Fox, R.J. (1998). The relationship between daily stress and symptoms of irritable bowel: a time-series approach
- David, D. (2006). *Psihologie clinica si psihoterapie*. Fundamente. Iasi: Polirom.
- Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. (2006). In: Drossman DA, Corazziari E, Delvaux M, Spiller R, Talley NJ, Thompson WG, Whitehead WE, et al, eds. *Rome III: the functional gastrointestinal disorders*. 3rd ed. McLean, VA: Degnon Associates Inc. p 1-30.
- Drossman DA. (1998). Presidential address: gastrointestinal illness and the biopsychosocial model. *Psychosom Med*. 60, 258-267.
- Dumitrascu DL, Baban A. (1991). Irritable bowel syndrome complaints following the uprising of December 1989 in Romania. *Med War*, 7, 100-104.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*; 196, 129-136.
- Farnam A, Somi MH, Sarami F, Farhang S. (2008). Five personality dimensions in patients with irritable bowel syndrome. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 4, 959-962.
- Gutiérrez-Doña B, Lippke S, Renner B, Kwon S, Schwarzer R. (2009). How self-efficacy and planning predict dietary behaviors in Costa Rican and South Korean women: A moderated mediation analysis. *Appl Psychol Health & Well-Being*. 1: 91-104.



- Lazarus, R.S., *Stress and Emotion. A new Synthesis*. Free Association Books, London 1999.
- Leventhal H, Benyamini Y, Brownlee S, et al, Illness representations: theoretical foundations. In: Petrie KJ, Weinman JA, editors. *Perceptions of Health and Illness*. Amsterdam: Harwood Academic; 1997. p. 19-45.
- Lippke S, Ziegelmann J P. (2008). Theory-based health behavior change: Developing, testing and applying theories for evidence-based interventions. *Applied Psychol Int Rev*, 57, 698-716.
- Luszczynska, A. (2006). Effects of an implementation intention intervention on physical activity after MI are mediated by cognitive processes, change in forming action plans. *Social Science Medicine*, 62, 900-908.
- Luszczynska A, Cao DS, Mallach N, Pietron K, Mazurkiewicz M, Schwarzer R. (2010). Intentions, planning, and self-efficacy predict physical activity in Chinese and Polish adolescents: Two moderated mediation analyses. *Int J Clinical Health Psychol*, 10, 265-278.
- National Digestive Diseases Information Clearinghouse accesat: <http://digestive.niddk.nih.gov/ddiseases/pubs/ibs/>, 9 sept. 2011.
- Pennebaker, J.W. (1992). *The Psychology of Physical Symptoms*. New York: Springer.
- Pennebaker, J.W., Chung, C.K. (2007). Expressive writing, emotional upheavals and health. In H. Friedman and R. Silver (Eds.), *Handbook of Health Psychology*, 263-284. NY: Oxford University Press.
- Renner B, Kwon S, Yang BH, Paik KC, Kim SH, Roh S, Song J, Schwarzer R. (2008). Social-cognitive predictors of dietary behaviors in South Korean men and women. *International Journal of Behavioral Med*; 15, 4-13.
- Scholz U, Schüz B, Ziegelmann JP et al. (2008). Beyond behavioral intentions: Planning mediates between intentions and physical activity. *Brit J Health Psychol*, 13: 479-494.
- Schwarzer R. (2008). Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Appl Psychol Int Rev*. 57: 1-29.
- Skinner, E.A., Zimmer-Gembeck, M.J. (2007). The development of coping, *Annual Review of Psychology*, 58, 119-144.
- Sniehotta F, Scholz U, Schwarzer R. (2006). Action plans and coping plans for physical exercise: A longitudinal intervention study in cardiac rehabilitation. *Brit J Health Psychology*, 11, 23-37.
- Spiller R, Aziz Q, Creed F, Emmanuel A, Houghton L, Hungin P, et al. (2007). Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management, *Gut*; 56: 1770-1798.
- Surdea-Blaga T, Băban A, Dumitrascu DL. (2012). Psychosocial determinants of irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol*, 18(7), DOI: <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v18.i7>.
- Van Oudenhoove L, Vandenberghe J, Demyttenaere K, Tack J. (2010). Psychosocial Factors, Psychiatric Illness and Functional Gastrointestinal Disorders: A Historical Perspective. *Digestion*, 82: 201-210.
- Ziegelmann JP, Lippke S. (2007). Planning and strategy use in health behavior change: A life-span view. *Int J Beh Med*, 14: 30-39.

# EVALUAREA VULNERABILITĂȚII COGNITIVE PENTRU DEPRESIA POSTPARTUM: O ANALIZĂ SISTEMATICĂ

ANDA MADAR

Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca, Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației  
anda.madar@yahoo.com

**ABSTRACT:** Although the link between cognitive style and vulnerability to depression is well established, the link to postpartum depression has not been extensively investigated and findings are less conclusive. However, recent research focused on the hypothesis of subtypes of postpartum depression associated to general versus specific cognitive vulnerability offers new insights. This paper presents a review and discussion of self-report measures used to assess both general and specific cognitive vulnerability to postpartum depression and their predictive value to postpartum depression symptomatology. Firstly, published psychometric data of each self-report instrument are analyzed, then, strengths and weaknesses are discussed, and finally, implications for clinical practice and research are advanced.

**Key words:** postpartum depression, cognitive vulnerability, self-report instruments, systematic review

## 1. INTRODUCERE

Simptomele depresiei se regăsesc frecvent la femei în perioada postpartum, variind pe un continuum de la o ușoară tristețe postnatală (baby blues), până la veritabile episoade depresive cu debut postpartum. Până la 70% dintre noile mame resimt tristețe postnatală (baby blues) în cursul primelor 10 zile postpartum, în timp ce depresia postnatală se dezvoltă începând cu primele două săptămâni de la naștere, la 10-15% dintre noile mame și întrunește criteriile de diagnostic pentru un episod depresiv major (sever, moderat sau ușor) (O'Hara & Swain, 1996).

Într-un prim review clinic asupra depresiei postpartum, Hopkins et al. (1984) identificau lacunele din literatura de la acea vreme, argumentau nevoia de studii asupra depresiei postpartum și propuneau cercetărilor viitoare dezvoltarea unui model comprehensiv al tulburării.

Într-adevăr, în ultimele trei decenii, interesul pentru depresia postnatală a crescut, pe de o parte datorită rezultatelor studiilor de prevalență care indicau rate mai crescute decât cele estimate anterior (ex. dacă se iau în considerare alte criterii de debut (Cooper & Murray, 1997) sau în anumite populații: statut socioeconomic scăzut (Hobfoll et al., 2005), iar pe de altă parte datorită numărului mare de studii care indicau consecințele negative pe care depresia postpartum le are asupra mamei, cărora li se adaugă efectele negative asupra relației cu copilul și a dezvoltării acestuia (Philipps & O'Hara, 1991; Burke, 2003), dar și afectarea relației de cuplu și a relațiilor interpersonale în general (Burke, 2003).

Cercetarea factorilor de risc pentru depresia postnatală a urmat în mare parte explorarea lor în mai vastă literatură despre depresie, luând în considerare atât variabile biologice, cât și psihosociale. Însă, spre deosebire de depresia în general, în ceea ce privește depresia postpartum, vulnerabilitatea biologică a fost investigată într-o mai mare măsură. Pe de o parte pentru că a fost investigată de mai multe linii de cercetare din domenii conexe, iar pe de altă parte pentru că sarcina, nașterea și perioada postnatală aduc modificări fiziologice, dramatice care au condus la ipoteza că tulburările afective postnatale au o etiologie

biochimică sau hormonală. Interesul în variabilele biologice care pot juca un rol în precipitarea depresiei postnatale s-a focalizat pe hormonii sexuali, în special pe estrogen care are funcția bine documentată de reglare a comportamentului sexual feminin și a comportamentului matern (Keverne & Kendrick, 1992). Hendrick et al. (1998) concluzionează, în urma unui review privind implicațiile modificărilor hormonale în depresia postpartum, că literatura nu susține niciunul dintre factorii biologici investigați în relație cu depresia postnatală (steroidi gonadali, hormoni tiroidieni, hormoni pituitari, cortisol), cu toate că unii hormoni, precum estradiol sau ACTH, merită explorare suplimentară, studiile au condus la rezultate negative sau contradictorii pentru majoritatea variabilelor biologice considerate ca fiind implicate în etiologia tulburărilor emoționale postnatale. Mai recent, Swendsen & Mazure (2000) precizează că nu a fost demonstrată o asociere clară între factorii specifici hormonal sau neurochimici și depresia postpartum.

Totuși, cercetarea din ultimele trei decenii, a acumulat o bază solidă de cunoștințe privind o serie de factori psihosociali ca predictori pentru depresia postnatală.

O serie de factori biologici, psihologici și sociali au fost analizați ca posibili predictori pentru depresia postpartum (O'Hara & Swain, 1996), iar ulterior factorii de risc au fost clasificați în funcție de mărimea efectului. Astfel, se pare că cei mai puternici predictori ai depresiei postnatale sunt: depresie sau anxietate pe parcursul sarcinii sau depresie anterior, pe parcursul vieții (Ryan et al., 2005; Robertson et al., 2004). Robertson et al. (2004) concluzionează că acestor predictori puternici li se adaugă predictori cu efect moderat-sever (lipsa suportului social și evenimente de viață stresante), moderat (factori psihologici și probleme în relația de cuplu) sau scăzut (factori obstetricali, status socio-economic).

## 2. VULNERABILITATEA COGNITIVĂ PENTRU DEPRESIA POSTPARTUM

Investigarea vulnerabilității cognitive pentru depresie postnatală a oglindit în mare parte explorarea acesteia



în vasta literatură privind modelele etiologice ale depresiei, fiind însă un demers mai recent.

Vulnerabilitatea cognitivă se referă la acele caracteristici cognitive (precum credințe dezadaptative, stiluri atribuționale, procese cognitive, scheme) care cresc probabilitatea de dezvoltare a unor tulburări. Aceste vulnerabilități cognitive există cu mult înainte de debutul primelor semne sau simptome ale tulburării. La intersecția cu evenimente de viață stresante, acestea crează vulnerabilitatea pentru tulburări psihologice specifice, dezvoltă și mențin problemele după debutul lor. Elementul central al modelelor stres-vulnerabilitate pentru depresie este ideea că evenimente de viață negative pot interacționa cu vulnerabilitatea personală preexistentă pentru depresie. Încercările recente de înțelegere a etiologiei depresiei postnatale, au fost influențate de două teorii cognitive ale depresiei: teoria lui Beck (1987) și teoria lipsei de speranță (Abramson et al, 1989)

Modelele psihologice ale depresiei implică o etiologie stres-vulnerabilitate, unde vulnerabilitatea cognitivă poate fi reprezentată de scheme negative despre sine (Beck, 1987) sau de un stil atribuțional disfuncțional (Abramson et al, 1989). Cele două teorii majore ale depresiei, teoria lipsei de speranță (Abramson et al, 1989) și teoria lui Beck (1987) sunt modele stres-vulnerabilitate în care varianța în susceptibilitatea la depresie după un eveniment de viață stresant este înțeleasă în termenii diferențelor de stiluri cognitive care afectează felul în care acele evenimente sunt interpretate. Aceste două teorii cognitive sau modele etiologice stres-vulnerabilitate cognitivă pentru depresie s-au impus în literatură, cu toate că au mai fost avansate de-a lungul timpului și alte teorii.

### **Teoria lui Beck**

Conform teoriei lui Beck asupra depresiei, persoanele vulnerabile la depresie au scheme dezadaptative latente care sunt activate de evenimente de viață stresante. Aceste scheme sunt descrise ca fiind structuri stabile și rezistente la schimbare care se dezvoltă din experiențe timpurii de viață (Shaw, 1982). Credințele disfuncționale reflectă conținutul acestor scheme relativ stabile. Schemele depresogene cuprind atitudini disfuncționale perfecționiste, rigide și deseori nerealiste ca standarde prin care persoanele se autoevaluează (Beck, 1987). La baza teoriei cognitive a lui Beck asupra depresiei stau așadar schemele cognitive depresogene, credințele disfuncționale și triada cognitivă care se referă la imaginea negativă despre sine, lume și viitor. Schemele negative, rigide și extreme despre sine, organizate în jurul temelor de pierdere, lipsă de valoare, inadecvare, eșec sau incapacitate constituie vulnerabilități specifice pentru dezvoltarea depresiei. Aceste scheme depresogene influențează percepția, interpretarea și reamintirea experiențelor personale, conducând la formarea unei imagini despre sine, lume și viitor biasate negativ.

Beck, Epstein, Harrison & Emery (1983, apud. Grazioli & Terry, 2000), într-o elaborare a teoriei originale a lui Beck, identifică două tipuri de scheme supraordonate care crează vulnerabilități specifice pentru diferite tipuri de stresori: sociotropie și

autonomie. Conform acestei teorii, cele două categorii de persoane, sociotrope și autonome, pot trăi diferit evenimentele de viață, fiind centrate în principal pe tema socială, respectiv pe cea de reușită (Frewen & Dezois, 2006). Sociotropia reprezintă măsura în care o persoană este preocupată de felul în care este percepută de către ceilalți, este dependentă de alții pentru suport psihologic și stare de bine, este motivată să obțină acceptarea și aprobarea celorlalți. Autonomia reprezintă măsura în care o persoană este motivată de un set de criterii personale (standarde personale înalte) pentru măsurarea nivelului reușitei și este intolerant la frustrare sau la interferența în urmărirea acestor obiective. Această teorie a congruenței susține că indivizii sociotropi au un risc mai crescut pentru a dezvolta depresie comparativ cu cei nonsociotropi în urma confruntării cu evenimente sociale negative precum respingere sau pierdere, iar indivizii autonomi sunt mai vulnerabili pentru depresie decât indivizii nonautonomi în urma experienței unui eșec.

### **Teoria lipsei de speranță**

(Abramson, Metalsky & Alloy, 1989)

Conform teoriei lipsei de speranță (Abramson, Metalsky & Alloy, 1989), vulnerabilitatea cognitivă se referă la un stil cognitiv negativ reflectat în tendința de a face inferențe negative despre cauzele evenimentelor negative (atribuiri stabile și globale) și despre consecințele acestora, precum și tendința de a infera caracteristici negative despre sine ca urmare a confruntării cu evenimente negative. Sunt vulnerabile la depresie când se confruntă cu evenimente negative persoanele care au un stil inferențial negativ, caracterizat prin tendința de a atribui evenimentele negative de viață unor cauze stabile, globale și interne (Peterson et al. 1982).

Modelele atribuționale își au originea în modelul neajutorării învățate dezvoltat de Seligman (1975) pornind de la modele animale. Acesta sugera că depresia apare când un organism nu reușește în încercările sale de a controla mediul. Limitele acestui model în explicarea depresiei la oameni, a condus la reformulări ulterioare. Spre exemplu, conform modelului propus de Abramson et al. (1978) stilurile atribuționale, ca modalități învățate de explicare a cauzelor unui eveniment constituie vulnerabilitate pentru depresie astfel: debutul unui episod depresiv este precedat de apariția unui eveniment negativ care produce răspunsuri atribuționale depresogene (tendința de a atribui cauzele evenimentului unor factori interni, stabili și globali). Similar schemelor cognitive în modelul lui Beck, stilul atribuțional este o tendință relativ stabilă în timp care în condiții de stres predispozează individul pentru a dezvolta depresie.

### **Teoriile vulnerabilității cognitive și depresia postpartum**

Deși teoriile vulnerabilității cognitive au fost validate în relație cu depresia, contribuind semnificativ la înțelegerea modalității de dezvoltare și menținere a acesteia, investigarea modelelor cognitive în relație cu depresia postnatală nu a condus la rezultate consistente (Gotlib et al., 1991). Totuși, teoriile vulnerabilității



cognitive pentru depresia postpartum sunt susținute parțial de studiile care iau în considerare stilul atribuțional sau credințele iraționale în cadrul modelului stres-vulnerabilitate testat și sunt susținute indirect prin rezultatele studiilor privind eficiența unor intervenții care au la bază o conceptualizare cognitivă. Datele însă sunt puține și inconsistente.

Vulnerabilitatea cognitivă pentru depresia postpartum este susținută indirect de linia de studii care indică faptul că există o vulnerabilitate cognitivă pentru depresie, iar depresia postpartum nu este altceva decât un episod depresiv cu debut postpartum, dar cu unele particularități de conținut. Așadar, dacă istoricul personal de depresie este cel mai puternic predictor pentru depresia postpartum și în episodul depresiv trecut vulnerabilitatea cognitivă a participat la apariția și dezvoltarea lui, atunci această vulnerabilitate va favoriza apariția unui nou episod depresiv, cu debut postpartum de această dată. Iar dacă vulnerabilitatea există și este inactivă în perioada prenatală, ea va putea fi totuși evaluată și va prezice simptomatologia postnatală. În plus, această vulnerabilitate va fi implicată și în simptomatologia depresivă prepartum.

Proiectul Vulnerabilitate Cognitivă pentru Depresie Temple-Wisconsin (Alloy et al., 1999) a oferit dovezi puternice, de necontestat, în favoarea celor două modele de vulnerabilitate cognitivă. Urmărind demersul acestui proiect, în paralel cu investigarea acestor modele pentru depresia postnatală, se pot identifica posibile motive care conduc la inconsistența datelor:

a. Cele două teorii ale depresiei nu sunt egal reprezentate în literatura privind depresia postnatală: Teoria lipsei de speranță (Abramson et al., 1989) a fost cea mai investigată teorie stres-vulnerabilitate în relația cu depresia postnatală. În pofida atenției date acestui concept, stilul atribuțional nu a primit susținere empirică ca și predictor consistent pentru depresia postnatală (Swendsen & Mazure, 2000). Grazzioli & Terry (2000) investighează în cadrul aceluiași studiu ambele teorii cognitive în relație cu depresia postnatală, însă datele obținute susțin doar modelul lui Beck, nu și cel al lipsei de speranță. Acest studiu, spre deosebire de cele anterioare lui, include o dezvoltare a teoriei lui Beck: sociotropia și autonomia.

b. În cercetarea privind modelele stres-vulnerabilitate pentru depresia postnatală, ceea ce constituie stresor nu este clar definit. Se consideră, de regulă, că perioada perinatală, cu modificările specifice, constituie un stresor în sine (sarcina, nașterea, perioada postpartum, adaptarea la rolul de mamă). Atât sarcina, cât și rolul de mamă implică schimbări în domenii importante ale vieții, evaluări ale competenței personale, expunerea la stresori relaționați cu îngrijirea copilului, nevoia de a echilibra timpul acordat copilului cu timpul acordat relațiilor preexistente. Studiile care investighează temperamentul copilului în relație cu depresia postnatală sunt studii cross-sectionale, astfel că nu putem ști dacă temperamentul dificil în interacțiune cu vulnerabilitatea mamei contribuie la dezvoltarea depresiei postnatale sau dacă depresia mamei deja există și contribuie la evaluarea temperamentului

copilului ca fiind dificil sau la afectarea îngrijirii copilului care îl poate face astfel să pară dificil.

c. Designurile de studiu longitudinale sau prospective sunt cea mai bună modalitate de a testa factorii de vulnerabilitate cognitivă avansați, permit stabilirea atât a precedenței temporale a factorului de vulnerabilitate cognitivă, cât și independența sa de simptome. De asemenea, permit observarea participanților cu risc crescut care încă nu au dezvoltat tulburarea.

d. Instrumentele de evaluare: În cercetarea privind vulnerabilitatea cognitivă pentru depresia postnatală au fost utilizate scalele de evaluare a vulnerabilității cognitive pentru depresie DAS și ASQ. Abia recent au fost dezvoltate scale de vulnerabilitate specifică.

Dezvoltarea acestor scale de vulnerabilitate specifică a condus recent la ipoteza privind două subtipuri de depresie în perioada postnatală (Phillips et al., 2010; Church et al., 2009): (re)activarea vulnerabilității generale pentru depresie de către un stresor postnatal sau activarea unei vulnerabilități specifice pentru depresia postnatală, dar nu și pentru depresie. Acesta ar explica datele privind reactivarea depresiei după naștere la femeile cu istoric de depresie și debutul doar de depresie postpartum la femeile fără istoric de depresie (Cooper & Murray, 1995).

Prin prisma acestor date se impune o analiză integrativă a modalităților de evaluare a vulnerabilității cognitive și a relației obținute cu depresia postpartum.

Lucrarea de față a prezentat dezvoltarea conceptului de depresie postnatală și premisele teoretice ale modelelor de vulnerabilitate cognitivă pentru depresia postnatală. Această trecere în revistă a literaturii va fi urmată de o analiză a studiilor care raportează date privind evaluarea vulnerabilității cognitive în perioada postpartum și care prezintă date despre asocierea acestora cu depresia postnatală.

### 3. METODOLOGIE

S-a realizat o căutare computerizată a literaturii, cuprinzând articole indexate PsychInfo, Proquest, ScienceDirect și Medline. S-au folosit ca și cuvinte cheie în căutare: "postpartum depression" sau "postnatal depression" și combinații ale termenilor: "cognitive vulnerability", "attitudes", "beliefs" și "dysfunctional". Căutarea a inclus articole publicate până în ianuarie 2012. Criteriile de includere au fost:

- a. Articol publicat în limba engleză;
- b. Are ca și temă depresia postnatală;
- c. Evaluează vulnerabilitatea cognitivă.

Criteriile de excludere au fost:

- a. Investigarea depresiei postnatale sau a vulnerabilității cognitive în populații specifice (ex. mame adolescente, mame cu tulburări alimentare, tulburare bipolară sau depresie cu elemente psihotice).
- b. Studiul are ca și obiectiv validarea unui instrument întrucât literatura privind depresia postnatală este eterogenă, fenomenul fiind investigat nu numai din perspectivă psihologică, ci și medicală, s-a optat pentru o definiție generală a vulnerabilității cognitive, astfel încât să poată fi accesibile și încercările din alte domenii de investigare a credințelor și atitudinilor în perioada postnatală. Astfel, vulnerabilitate cognitivă a fost definită ca acele caracteristici cognitive (precum



credințe dezadaptative, stiluri atribuționale, procese cognitive, scheme) care, la intersecția cu evenimente de viață stresante, cresc probabilitatea de dezvoltare a unor tulburări psihologice specifice, dezvoltă și mențin problemele după debutul lor.

#### 4. REZULTATE

Studii analizate	Subiecți și procedură	Metodologia cercetării Evaluarea vulnerabilității cognitive	Evaluarea depresiei postnatale	Rezultate
O'Hara et al. (1982)	170 femei recrutate în al doilea trimestru de sarcină, urmărite până la trei luni postpartum	ASQ DAS	BDI	cel mai semnificativ predictor al depresiei postnatale a fost nivelul de depresie prenatal; dintre variabilele cognitiv-comportamentale, doar stilul atribuțional (ASQ) s-a dovedit a fi un predictor semnificativ în regresie pentru depresia postnatală
Cutrona (1983)	85 primipare au participat la evaluări prenatal (în ultimul trimestru de sarcină), la 2 și la 8 săptămâni postnatal	ASQ, monitorizare atribuții pentru evenimente negative trăite	BDI HRS	stilul atribuțional preexistent prezice semnificativ depresia postnatală (direct, nemediat de atribuțiile cauzale pentru evenimente neative trăite), însă doar 10% din varianța simptomatologiei depresive postnatale este explicată de scorul la ASQ
O'Hara et al. (1984)	99 femei (50% primipare) urmărite din semestrul doi de sarcină până la 6 luni postpartum	ASQ	BDI SADS	nu există o asociere între stilul atribuțional pentru evenimente de viață negative și severitatea simptomatologiei depresive postnatale; corelație nesemnificativă statistic între stilul atribuțional și nivelul simptomatologiei depresive pre și postnatale
Whiffen (1988)	124 primipare evaluate în ultimul trimestru de sarcină și postpartum: 115 incluse în analiză	scală stil atribuțional dezvoltată și atașată LEI	BDI tristețe postnatală (Maternity Blues scală dezvoltată) SADS	stilul atribuțional nu contribuie semnificativ la explicarea diagnosticului de depresie postnatală; atribuirile interne nu au fost relaționate cu simptomatologia postnatală
Gotlib et al. (1991)	730 de femei care au participat la evaluări prenatal (medie 23.1 săptămâni de sarcină) și postnatal (medie: 4.5 săptămâni postnatal)	DAS	BDI SADS	DAS nu a contribuit semnificativ la predicția depresiei postnatale (atât singur, cât și în interacțiune cu stresul perceput); de asemenea, scorul la DAS prenatal nu a diferențiat între femeile care au dezvoltat ulterior depresie și cele care nu au dezvoltat depresie și nici postpartum între cele care aveau depresie și cele care nu aveau; stilul cognitiv pe parcursul sarcinii nu s-a dovedit a fi un asociat (factor concomitent) sau un predictor robust al depresiei postnatale
Grazioli & Terry (2000)	65 primipare la T1 (trimestrul trei de sarcină), dintre care 57 au oferit date T2 (șase săptămâni postnatal)	DAS-A REASQ	EPDS	atitudinile disfuncționale (în special evaluarea performanței) evaluate prenatal prezic depresia postnatală și distresul emoțional al mamei (evaluat de partener); atitudinile disfuncționale și nivelul crescut de stres postnatal crește vulnerabilitatea pentru distres postnatal și simptomatologie depresivă
Church et al. (2005)	406 femei (49% primipare) au participat la studiu (perioada modală: 12 săptămâni postnatal)	DAS-24 MAQ	EPDS	stilul atribuțional (locus intern a cauzalității pentru evenimente negative) în interacțiune cu un nivel crescut de stres nu prezice simptomatologie depresivă postnatală
Church et al. (2009)	407 femei (perioadă modală postpartum 12 săptămâni), dintre care 89 cu simptomatologie depresivă postnatală (49% primipare)	MAQ DAS	EPDS	credințele disfuncționale relaționate maternității explică relația dintre problemele relaționate cu copilul și depresia postnatală; relația dintre episoade depresive în istoric și depresie postnatală este mediată parțial de credințe disfuncționale generale, dar nu și de credințe disfuncționale specifice maternității
				în grupul de femei cu depresie postnatală au fost identificate corelate cognitive diferite ale depresiei: un grup cu simptomatologie depresivă postnatală asociată cu nivel foarte ridicat de atitudini disfuncționale generale și un nivel crescut de atitudini disfuncționale specifice (vulnerabilitate cognitivă generală și răspuns dezadaptativ specific);



Jones et al. (2010)	grup clinic (379 multipare cu depresie majoră recurentă, fără simptomatologie la data recrutării; cu istoric de depresie postnatală (N=143) și fără istoric de depresie postnatală (N=131); 105 excluse din analize) și grup de control (N=173)	DAS	BDI interviu clinic	un grup cu simptomatologie depresivă postnatală asociată cu un nivel mediu al atitudinilor disfuncționale generale și un nivel ridicat de atitudini disfuncționale specifice (răspuns dezadaptativ specific); un grup cu simptomatologie subclinică asociată cu un nivel mediu al atitudinilor disfuncționale generale și al atitudinilor disfuncționale specifice
Phillips et al. (2010)	157 femei evaluate postpartum în perioada 2 săptămâni – 12 luni	DAS-24 MAQ	EPDS SCID-I	nivelul crescut de atitudini disfuncționale (nevoie crescută de realizare, dependență crescută de ceilalți și nevoie crescută de control pentru sine) este asociat cu simptomatologia femeilor cu istoric de depresie majoră asociată cu nașterea nu s-au găsit caracteristici cognitive specifice, care să diferențieze între femeile cu depresie majoră recurentă cu istoric de depresie postnatală și cele cu depresie majoră recurentă fără istoric de depresie postnatală
				vulnerabilitate generală: atitudinile generale negative nu diferențiază între femeile cu depresie recurentă (depresie postnatală și istoric de depresie) și femeile cu depresie postnatală (fără istoric de depresie); vulnerabilitate specifică: femeile cu depresie postnatală (fără istoric de depresie) nu prezintă o vulnerabilitate (atitudini disfuncționale) specifică maternității

ASQ=Attributional Style Questionnaire; DAS=Dysfunctional Attitudes Scale; MAQ=Maternal Attitudes Questionnaire; BDI=Beck Depression Inventory; SCID-I=Structured Clinical Interview for DSM Disorders; SADS=Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia; HRS=Hamilton Rating Scale for Depression; LEI= Life Events Inventory

**Maternal Attitudes Questionnaire MAQ** (Warner et al., 1997) este un instrument de evaluare a credințelor mamei cu privire la maternitate, ca factor de vulnerabilitate cognitivă specifică pentru depresia postpartum. Ipoteza existenței unei vulnerabilități cognitive specifice care stă la baza demersului de dezvoltare a acestui chestionar este fundamentată de autori pe studiile privind rezultatele pozitive ale intervențiilor cognitive în depresia postpartum (Appleby et al., 1997) și pe datele privind relația dintre factori cognitivi precum evaluarea competenței maternelle și stres (Teti & Gelfand, 1991). În plus, aceștia inferează existența unei vulnerabilități postpartum specifice pornind de la datele epidemiologice (Cooper & Murray, 1995): există o categorie de femei care dezvoltă depresie după naștere, dar nu și la alte evenimente de viață, precum există și femei care au un istoric de depresie și nu dezvoltă depresie postpartum după naștere.

Varianta finală a MAQ cuprinde 14 itemi constând în afirmații la persoana întâi față de care respondentul trebuie să își exprime acordul sau dezacordul pe o scală Likert cu patru puncte. Răspunsul la itemi este cotelat cu 0, 1 sau 2, un scor crescut indicând acord sau acord crescut cu itemi reprezentând credințe dezadaptative. Itemii vizează trei arii de conținut cognitiv: așteptări privind maternitatea, așteptări de la sine ca mamă și conflicte de rol.

Date psihometrice ale scalei raportate de autori sunt bune: consistență internă ridicată (0.84 coeficient Alpha Cronbach); fidelitate test-retest: nu există modificări semnificative în răspunsuri între cele două testări; validitate concurrentă: corelație puternică (0.50,  $p < 0.001$ ) a MAQ cu CIS-R indicând o asociere puternică între depresie și credințe negative asociate cu

maternitatea; în plus, printre subiecții cu scor crescut la EPDS, MAQ distinge între cei diagnosticați la interviu cu depresie majoră severă sau ușoară; validitate de aspect: derivarea itemilor din experiența clinică și din analiza rezultatelor studiilor anterioare.

În studiile analizate, coeficienții de consistență internă raportați sunt moderați și ridicați: .72 (Church et al. 2005, 2009) și .86 (O'Hara et al. 1982).

MAQ a fost utilizat în trei dintre studiile analizate pentru evaluarea vulnerabilității cognitive specifice. În toate cele trei studii a fost utilizat DAS pentru evaluarea vulnerabilității cognitive generale. În două dintre aceste studii, Church et al. (2005, 2009) oferă date care susțin ipoteza eterogenității depresiei postnatale și existența, atât a unei vulnerabilități cognitive generale, cât și a unei vulnerabilități cognitive specifice. Datele obținute de Phillips et al. (2010) însă, nu confirmă ipotezele susținute de Church et al. (2005; 2009). O posibilă explicație ar putea veni din diferența de metodologie între studii. Church et al. (2005; 2009) și-a testat ipotezele pe o populație mai numeroasă (N=407, dintre care 89 cu simptomatologie depresivă postnatală, în studiul din 2005, respectiv N=406, în studiul din 2009) comparativ cu Phillips et al. (2010) (N=157, dintre care 49 cu depresie: 25 cu depresie recurentă și 24 cu depresie postpartum, dar fără istoric de depresie). Ori se știe că efectele mici pot fi surprinse doar pe populații mari. Apoi, perioada de evaluare postpartum a diferit (12 săptămâni postpartum ca interval modal la Church et al. (2005, 2009) și 2 săptămâni-12 luni postpartum la Phillips et al. (2010)). Diferența semnificativă însă, este modalitatea de evaluare și diagnostic a depresiei postnatale: Church et al. (2005, 2009) folosește doar scorul critic la EPDS, în



timp ce Phillips et al. (2010) utilizează EPDS și SCID-I (interviu clinic).

Punctele tari ale MAQ sunt pe de o parte, datele psihometrice: fidelitate crescută (test-retest și consistență internă), validitate concurentă și de aspect, iar pe de altă parte, timpul redus de administrare (factor semnificativ, în special în perioada postpartum). Avantajul major față de DAS și ASQ este relevanța pentru perioada postpartum și congruența tematică cu credințele specifice depresiei postnatale care îi sporesc utilitatea practică, în intervenție: ca și țintă a intervenției, credințele sunt mai utile decât emoțiile în ameliorarea simptomatologiei generale; contribuie la eficiența intervenției; oferă posibilitatea unei intervenții specifice. Dacă studiile viitoare vor confirma ipoteza că depresia postpartum este eterogenă, evaluarea cu MAQ oferă posibilitatea unui intervenții diferențiate funcție de tipul depresiei și al vulnerabilității cognitive asociate.

Punctele slabe ale MAQ sunt: nu poate fi folosit prenatal, dar ar putea fi adaptat pentru a investiga prospectiv credințele prenatale predictive pentru depresia postnatală; itemii cuprind arii de conținut (așteptări privind maternitatea, așteptări de la sine ca mamă și conflicte de rol), fiind derivați pornind de la experiența practică și de la subscalele unor instrumente anterioare care vizau credințe relaționate maternității; conceptual, itemii vizează credințe disfuncționale, atitudini și așteptări, însă fără o relaționare cu construitele vreuncea dintre teoriile cognitive ale depresiei.

**Dysfunctional Attitudes Scale DAS** (Weissman, 1979; Weissman & Beck, 1978) este un instrument de autoevaluare pentru atitudinile asociate simptomatologiei depresive. Scala a fost construită pentru a evalua conținuturile cognitive care stau la baza simptomatologiei depresive conform teoriei lui Beck (Beck, 1967). Inițial, o scală cu 100 de itemi, a fost transformată ulterior în două forme paralele a câte 40 de itemi (DAS-A și DAS-B). Itemii sunt frazați ca afirmații care stau de obicei la baza gândirii depresive idiosincratice. Fiecare item obține informații despre credințele disfuncționale ale persoanei care acționează ca scheme prin care aceasta își reprezintă lumea (Weissman & Beck, 1978). Frazarea a 10 itemi reprezintă varianta funcțională, în timp ce restul de 30 de itemi reprezintă atitudini disfuncționale. Subiecții evaluează fiecare afirmație funcție de modalitatea în care gândesc în mod normal pe o scală Likert de 7 puncte unde 1=acord total și 7=dezacord total. Scorul DAS indică măsura în care atitudinile disfuncționale sunt caracteristice modalității de a gândi a persoanei: cu cât scorul este mai crescut, cu atât mai disfuncționale sunt atitudinile persoanei. Consistența internă raportată de autori pentru DAS (Alpha Cronbach = .89) este bună (Weissman & Beck, 1978, apud. Macavei, 2006), consistența internă pentru varianta în limba română este .86 (Macavei, 2006), iar cea raportată în studiile analizate este de .90 (Church et al. (2005, 2009)). De asemenea, rezultatele validării versiunii române a DAS-A indică pe de o parte, o asociere pozitivă între atitudinile disfuncționale și

emoțiile negative, iar pe de altă parte, o asociere negativă între atitudinile disfuncționale și emoțiile pozitive (Macavei, 2006).

DAS este cel mai utilizat instrument din studiile analizate, fiind modalitatea de evaluare a vulnerabilității cognitive în 7 dintre cele 10 studii analizate aici. Majoritatea studiilor care folosesc DAS pentru evaluarea vulnerabilității cognitive găsesc o asociere pozitivă cu simptomatologia depresivă postpartum (Jones et al., 2010; Church et al., 2009; 2005), chiar și atunci când stilul atribuțional nu prezicea simptomatologia depresivă postnatală (Grazioli & Terry, 2000; Jones et al., 2010). O'Hara et al. (1982) și Gotlieb et al. (1991) nu găsesc însă o asociere pozitivă între DAS și simptomatologia depresivă postnatală, cu toate că O'Hara et al. (1982) găsește stilul atribuțional ca predictor semnificativ în ecuația de regresie pentru depresia postnatală. Diferența majoră dintre studiile care au identificat o relație pozitivă a DAS cu depresia postnatală și cele care nu au găsit această relație este modalitatea de diagnostic și evaluare a depresiei postnatale: O'Hara et al. (1982) și Gotlieb et al. (1991) utilizează BDI, în timp ce restul studiilor folosesc BDI și interviu clinic (Jones et al., 2010) sau EPDS (Grazioli & Terry, 2000; Church et al., 2009; 2005).

Punctele tari ale DAS sunt: datele psihometrice bune, asocierea puternică, validată într-o multitudine de studii, cu depresia (Oliver et al. 2007; Macavei, 2006) și faptul că este construit pe baza unui model teoretic al depresiei.

Principalul punct slab este specificitatea: incongruența tematică cu credințele specifice perioadei perinatale. În lumina noilor date privind eterogenitatea depresiei postnatale, este posibil ca DAS să nu surprindă vulnerabilitatea cognitivă sau mecanismele cognitive specifice care stau la baza simptomatologiei unor categorii de persoane cu depresie postnatală. Aceasta ar putea explica și rezultatele obținute de O'Hara et al. (1982) și Gotlieb et al. (1991). În plus, se știe că un instrument de evaluare a vulnerabilității cognitive este cu atât mai util cu cât este mai specific ca și conținut. Astfel, utilitatea practică, în intervenție, poate avea de suferit, precum și puterea predictivă și explicativă a DAS pentru simptomatologia depresivă postnatală.

**Attributional Style Questionnaire ASQ** (Peterson et al., 1982) este un instrument dezvoltat pentru a măsura construite atribuționale relevante pentru teoriile atribuționale ale depresiei. Unul dintre cele mai importante modele atribuționale este cel al neajutorării învățate (Abramson et al., 1978) care susține că simptomatologia depresivă este asociată cu un stil atribuțional în care evenimentele negative incontroabile sunt atribuite unor cauze interne (versus externe), stabile (versus instabile) și globale (versus specifice). Varianta ASQ dezvoltată de Peterson et al. (1982) cuprinde 12 evenimente ipotetice diferite, jumătate pozitive și jumătate negative, jumătate interpersonale și jumătate relaționate cu reușita. Subiectul trebuie să identifice cauza majoră a evenimentului, apoi să evalueze cauza funcție de cele trei dimensiuni atribuționale pe o scală Likert cu 7



puncte. În final, tot pe o scală Likert cu 7 puncte, subiectul trebuie să evalueze importanța situației descrise. Autorii ASQ raportează o consistență internă moderată a scalelor compozite de .75 și .72 (coeficient Alpha Cronbach), o consistență internă medie a subscalelor de șase itemi de .54 (coeficient Alpha Cronbach .44 - .69). În studiile analizate, doar O'Hara et al. (1982, 1984) oferă date de fidelitate a instrumentului, raportând o consistență internă moderată de .72 (coeficient Alpha Cronbach) pentru ASQ fără patru subscale care nu erau aplicabile populației investigate.

Punctele slabe sunt consistența internă moderată și validitatea de aspect deficitară: utilizarea situațiilor ipotetice, în detrimentul evenimentelor reale, personale. Un punct tare al ASQ comparativ cu MAQ este modelul teoretic al depresiei de la care a pornit construirea acestei scale.

Trei studii dintre cele analizate folosesc ASQ pentru măsurarea stilului atribuțional în relație cu depresia postpartum. O'Hara et al. (1982) găsește că, dintre variabilele cognitiv-comportamentale investigate, doar stilul atribuțional (ASQ) s-a dovedit a fi un predictor semnificativ în regresie pentru depresi postnatală. Nu reușește însă să replice rezultatul (O'Hara et al. (1984), însă Cutrona (1983) găsește că stilul atribuțional preexistent prezice semnificativ depresia postnatală, chiar dacă doar 10% din varianța simptomatologiei depresive postnatale este explicată de scorul de la ASQ.

Alte două studii (Grazioli & Terry, 2000; Whiffen, 1988) care investighează stilul atribuțional în relație cu depresia postnatală nu găsesc o relație semnificativă. Însă aceste două studii folosesc instrumente diferite de evaluare a stilului atribuțional. Dacă Whiffen (1988) a utilizat o scală dezvoltată și atașată scalei Life Events Inventory (Cochrane & Robertson, 1973, apud. Whiffen, 1988), Grazioli & Terry (2000) au utilizat o versiune modificată a REASQ.

**Real Events Attributional Style Questionnaire REASQ** (Norman & Antaki, 1988) a fost dezvoltat ca o alternativă la ASQ de evaluare a stilului atribuțional, propunându-și să remedieze deficiențele ASQ (consistența internă moderată și validitatea de aspect deficitară). REASQ urmează formatul ASQ cerându-le respondenților să ia în considerare evenimente, să le atribuie unor cauze și să evalueze aceste cauze pe dimensiunile: internalitate, stabilitate, globalitate și importanță. Diferența față de ASQ este că respondenții sunt rugați să prezinte evenimente din viața lor (două evenimente sociale negative și două situații în care au eșuat în ceva ce și-au dorit). REASQ nu include și evenimente pozitive pentru că atribuirile pentru evenimente negative au fost relaționate semnificativ cu depresia și mai puternic decât atribuirile pentru evenimentele pozitive (Norman & Antaki, 1988). Autorii REASQ raportează coeficienți de consistență internă similari cu ai ASQ (scor compozit .63 versus .72, stabilitate .68 versus .59, globalitate .56 versus .56), cu excepția dimensiunii internalitate coeficient Alpha Cronbach .18 (versus .46, Peterson et al., 1982). Așadar, REASQ punctează la validitate de aspect, însă

consistența internă a scalei rămâne moderată. Chiar și așa, autorii raportează o asociere slabă dar semnificativă a atribuirilor pentru evenimente reale cu depresia (Norman & Antaki, 1988). Utilizând o versiune modificată a REASQ, Grazioli & Terry (2000) nu au găsit o relație semnificativă a stilului atribuțional cu depresia postnatală, iar consistența internă a scalei a fost scăzută (Alpha Cronbach pentru scalele de stabilitate și globalitate <.40), doar scala de internalitate având un coeficient de consistență internă moderat (.77).

Punctul slab al REASQ, la fel ca și al ASQ este consistența internă moderată, însă avantajul REASQ față de ASQ și față de DAS este validitatea de aspect, iar comparativ cu MAQ, REASQ este dezvoltat pornind de la un model teoretic al depresiei.

## 5. CONCLUZII

Lucrarea de față a prezentat mai întâi dezvoltarea conceptului de depresie postnatală, apoi premisele teoretice ale conceptului de vulnerabilitate cognitivă în relație cu depresia postnatală. Această fundamentare teoretică a fost urmată de o analiză a instrumentelor de autoevaluare a vulnerabilității cognitive prin prima următoarelor dimensiuni: calități psihometrice, relația constructului măsurat cu depresia postpartum, punctele tari ale instrumentului și punctele sale slabe. S-au avansat posibile explicații privind rezultatele obținute. Cu toate că cercetarea în domeniul depresiei postnatale s-a dezvoltat considerabil de la prima analiză sistematică realizată de Hopkins et al. (1984), încă nu există un model comprehensiv al tulburării. Încercările de a înțelege etiologia depresiei postpartum pe baza modelelor cognitive ale depresiei, nu au condus la rezultatele așteptate. O explicație avansată în această analiză a literaturii o reprezintă deficiențele metodologice ale studiilor care evaluează vulnerabilitatea cognitivă în relație cu depresia postnatală.

1. Cele două teorii ale depresiei sunt egal reprezentate în studiile analizate, cu toate că, anterior Swendsen & Mazure (2000) constatau că teoria lipsei de speranță (Abramson et al., 1989) a fost cea mai investigată teorie stres-vulnerabilitate în relația cu depresia postnatală, dar, în pofida atenției date acestui concept, stilul atribuțional nu a primit susținere empirică ca și predictor consistent pentru depresia postnatală. Într-adevăr, concluzia lui Swendsen & Mazure (2000) se confirmă și aici.

Trei studii dintre cele analizate folosesc ASQ pentru măsurarea stilului atribuțional în relație cu depresia postpartum. O'Hara et al. (1982) găsește că, dintre variabilele cognitiv-comportamentale investigate, doar stilul atribuțional (ASQ) s-a dovedit a fi un predictor semnificativ în regresie pentru depresia postnatală. Nu reușește însă să replice rezultatul (O'Hara et al. (1984), dar Cutrona (1983) găsește că stilul atribuțional preexistent prezice semnificativ depresia postnatală, chiar dacă doar 10% din varianța simptomatologiei depresive postnatale este explicată de scorul de la ASQ. Alte două studii (Grazioli & Terry, 2000; Whiffen, 1988) care investighează stilul atribuțional în relație cu depresia postnatală nu găsesc o relație



semnificativă. Dacă Whiffen (1988) a utilizat o scală dezvoltată și atașată scalei Life Events Inventory (Cochrane & Robertson, 1973, apud. Whiffen, 1988), Grazioli & Terry (2000) au utilizat o versiune modificată a REASQ.

Majoritatea studiilor care folosesc DAS pentru evaluarea vulnerabilității cognitive găsesc o asociere pozitivă cu simptomatologia depresivă postpartum (Jones et al., 2010; Church et al., 2009 și 2005), chiar și atunci unde stilul atribuțional nu prezicea simptomatologia depresivă postnatală (Grazioli & Terry, 2000; Jones et al., 2010). O'Hara et al. (1982) și Gotlib et al. (1991) nu găsesc însă o asociere pozitivă între DAS și simptomatologia depresivă postnatală, cu toate că O'Hara et al. (1982) găsește stilul atribuțional ca predictor semnificativ în regresie pentru depresia postnatală. Diferența majoră dintre studiile care au identificat o relație pozitivă a DAS cu depresia postnatală și cele care nu au găsit această relație este modalitatea de diagnostic și evaluare a depresiei postnatale: O'Hara et al. (1982) și Gotlib et al. (1991) utilizează BDI, în timp ce restul studiilor folosesc BDI și interviu clinic (Jones et al., 2010) sau EPDS (Grazioli & Terry, 2000; Church et al., 2009 și 2005). Explicația pentru aceste rezultate, ar putea fi nu o problemă a modelului, ci a modalității de măsurare a constructului. Această problemă este mai pregnantă în cazul evaluării stilului atribuțional, ASQ și REASQ, având proprietăți psihometrice slabe.

2. În lumina noilor date privind eterogenitatea depresiei postpartum (Church et al., 2009), se descoperă punctele slabe ale instrumentelor de evaluare utilizate în literatură.

Instrumentelor utilizate pentru evaluarea vulnerabilității cognitive generale pentru depresie, le lipsește relevanța în contextul postpartum și congruența tematică cu credințele specifice perioadei perinatale, iar aceasta ar putea afecta capacitatea lor de predicție și explicare a simptomatologiei depresive postnatale. Pe de altă parte însă, singurul instrument de evaluare a credințelor și atitudinilor specifice maternității utilizat în studiile analizate, nu are la bază un model teoretic explicativ. Identificând această lacună metodologică, Moorhead et al. (2003) au dezvoltat un chestionar de evaluare a credințelor disfuncționale relaționate cu sarcina (PRBQ). Un studiu pilot de validare indică rezultate promițătoare: consistență internă bună (coeficientul Alpha Cronbach .85), corelație semnificativă cu DAS și BDI. Chestionarul necesită însă rafinare, analiză factorială și validare pe o populație mai mare.

3. În plus, abia studiile recente (Church et al., 2009; Phillips et al., 2010) au luat în considerare ipoteza existenței unor subtipuri de depresie postnatală. Chiar dacă datele obținute nu sunt concludente, oferă explicații plauzibile semnelor de întrebare din literatură și ipoteze promițătoare pentru cercetările viitoare.

4. O limită majoră a studiilor analizate este nedefinirea clară a stresorului în testarea modelelor stres-vulnerabilitate propuse. Se consideră, de regulă, că perioada perinatală, cu modificările specifice, constituie un stresor în sine (sarcina, nașterea, perioada postpartum, adaptarea la rolul de mamă). Atât sarcina,

cât și rolul de mamă implică schimbări în domenii importante ale vieții, evaluări ale competenței personale, expunerea la stresori relaționați cu îngrijirea copilului, nevoia de a echilibra timpul acordat copilului cu timpul acordat relațiilor prerexistente. Studiile care investighează temperamentul copilului în relație cu depresia postnatală sunt studii cross-sectionale, astfel că nu putem ști dacă temperamentul dificil în interacțiune cu vulnerabilitatea mamei contribuie la dezvoltarea depresiei postnatale sau dacă depresia mamei deja există contribuie la evaluarea temperamentului copilului ca fiind dificil sau la afectarea îngrijirii copilului care îl poate face să pară dificil.

5. Această analiză a literaturii confirmă importanța designurilor de studiu longitudinale sau prospective ca modalitate de a testa factorii de vulnerabilitate cognitivă, întrucât acestea permit stabilirea, atât a precedenței temporale a factorului de vulnerabilitate cognitivă, cât și independența sa de simptome. De asemenea, permit observarea participanților cu risc crescut care încă nu au dezvoltat tulburarea. Rezultatele acestei analize relevă complexitatea constructului de vulnerabilitate cognitivă, punctele slabe și punctele tari ale instrumentelor de autoevaluare a vulnerabilității cognitive utilizate în literatură, precum și progresul realizat în ultimii ani în literatura privind vulnerabilitatea cognitivă pentru depresie. De asemenea, lucrarea de față identifică lacunele din literatură și direcții promițătoare de cercetare.

## 6. BIBLIOGRAFIE

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Walshaw, P. D., & Neeren, A. M. (2006) Cognitive vulnerability to unipolar and bipolar mood disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(7)
- Alloy, L. B. & Abramson, L. Y. (1999). The Temple-Wisconsin Cognitive Vulnerability to Depression (CVD) Project: Conceptual background, design and methods. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13, 227-262
- Althshuler, L. L., Cohen, L. S., Moline, M. M., Kahn, D. A., Carpenter, D. & Docherty, J.P. (2001) *The Expert Consensus Guideline Series, Treatment of Depression in Women*. Ed. The McGraw-Hill Companies
- Andrews-Fike, C. (1999) A review of postpartum depression: Primary Care Companion *Journal of Clinical Psychiatry*, 1
- Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 1, 5-37
- Beck, C. T. (2002) Postpartum Depression: A Metasynthesis. *Qualitative Health Research*, 12(4)
- Bieling, P. J. & Grant, D. A. (2007) Toward bridging the science and practice of depression prevention: what can we learn from cognitive vulnerability?. *Canadian Psychology*, 48(4)



- Burke, L. (2003) The impact of maternal depression on familial relationships. *International Review of Psychiatry*, 15(3)
- Cooper, P.J. & Murray, L. (1997) Prediction, detection, and treatment of postnatal depression. *Archives of Disease in Childhood*, 77
- Church, N. F., Brechman-Toussaint, M. L. & Hine, D. W. (2005). Do dysfunctional cognitions mediate the relationship between risk factors and postnatal depression symptomatology? *Journal of Affective Disorders*, 87
- Church, N. F., Dunstan, D. A., Hine, D. W. & Marks, D. G. (2009). Differentiating Subtypes of Postnatal Depression Based on a Cluster Analysis of Maternal Depressive Cognitions. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 24(2)
- Cutrona, C. E. (1983). Causal attributions and perinatal depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 161-172
- DSM-IV-TR 2000. Manual de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale.(2003), Ed. Asociația Psihiatrilor Liberi din România
- Forman, D. R., O'Hara, M. W. Stuart, S., Gorman, L. L., Larsen, K. E. & Coy, K.C. (2007) Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to improve the developing mother-child relationship. *Development and Psychopathology*, 19
- Freeman, A. (ed.) (2005) *Encyclopedia of cognitive behavior therapy*. Ed. Springer Science
- Frewen, P. A. & Dezois, D. J. A. (2006) Self-worth appraisal of life events and Beck's congruency model of depression vulnerability. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 20(2)
- Gale, S. & Harlow, B. L. (2003) Postpartum mood disorders: a review of clinical and epidemiological factors. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 24(4)
- Gotlib, I. H., Whiffen, V. E., Wallace, P. M. & Mount, J. H. (1991) Prospective investigation of postpartum depression: factors involved in onset and recovery. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(2)
- Grace, S. L., Evindar, A. & Stewart, D. E. (2003) The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: A review and critical analysis of the literature. *Archives of Women's Mental Health*, 6
- Grazioli, R. & Terry, D. J. (2000) The role of cognitive vulnerability and stress in the prediction of postpartum depressive symptomatology. *The British Journal of Clinical Psychology*, 39
- Hendrick, V., Alshunter, L. L. & Suri, R. (1998). Hormonal Changes in the Postpartum and Implications for Postpartum Depression. *Psychosomatics*, 39(2)
- Hankin, B. L., Lakdawalla, Z., Carter, I. L., Abela, J. R. Z. & Adams, P. (2007) Are neuroticism, cognitive vulnerabilities and self-esteem overlapping or distinct risks for depression? Evidence from exploratory and confirmatory factor analyses. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(1)
- Henshaw, C., Foreman, D. & Cox, J. (2004). Postnatal blues: A risk factor for postnatal depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 25(3/4)
- Hobfoll, S.E., Ritter, C. & Lavin, J. (1995). Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 445-453
- Hopkins, J., Markus, M. & Campbell, S. B. (1984). Postpartum depression: A critical review. *Psychological Bulletin*, 95, 498-515
- Jones, L., Scott, J., Cooper, C., Forty, L., Smith, C. G., Sham, P., Farmer, A., McGuffin, P., Craddock, N. & Jones, I. (2010) Cognitive style, personality and vulnerability to postnatal depression. *The British Journal of Psychiatry*, 196
- Kendell, R. E., Chalmers, J. C. & Platz, S. C. (1987) Epidemiology of Puerperal Psychoses. *British Journal of Psychiatry*, 150
- Macavei, B. (2006) Dysfunctional Attitudes Scale, form A: norms for the Romanian population. *Romanian Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 6(2)
- Meredith, P. & Noller, P. (2003) Attachment and Infant Difficulties in Postnatal Depression. *Journal of Family Issues*, 24
- Miranda, J. & Gross, J. (1997) Cognitive vulnerability, depression, and the mood-state depending hypothesis: is out of sight out of mind?. *Cognition and Emotion*, 11(5/6)
- Moorhead, S. R. J., Owens, J., & Scott, J. (2003). Development and piloting of the Pregnancy Related Beliefs Questionnaire (PRBQ). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31
- Miranda, J., Gross, J., Persons, J. B. & Hahn, J. (1998) Mood matters: negative mood induction activates dysfunctional attitudes in women vulnerable to depression. *Cognitive Therapy and Research*, 22(4)
- Norman, P. D. & Antaki, C. (1988) Real Events Attributional Style Questionnaire. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2/3
- O'Hara, M. V., Schlechte, J. A., Lewis, D. A. & Varner, M. V. (1991) Controlled Prospective Study of Postpartum Mood Disorders: Psychological, Environmental, and Hormonal Variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(1)
- O'Hara, M. W. & Swain, A. M. (1996). Rates and risks of postpartum depression: A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 37-54
- O'Hara, M. V., Neunaber, D. & Zekoski, E. (1984). Prospective study of postpartum depression: Prevalence, course and predictive factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 93(2), 158-171
- O'Hara, M. V., Rehm, L. P. & Campbell, S. P. (1982). Predicting depressive symptomatology: Cognitive behavioural models of postpartum depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 91(6), 457-461
- Oliver, J. M., Murphy, S. L., Ferland, D. R. & Ross, M. J. (2006) Contributions of the cognitive style questionnaire and the dysfunctional attitude scale to measuring cognitive vulnerability to depression. *Cognitive Therapy Resources*, 31(51)
- Phillips, J., Sharpe, L., Metthey, S. & Charles, M. (2010). Subtypes of postnatal depression? A comparison of women with recurrent and the novel postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 120



- Peterson, C. Semmel, A., von Bayer, C., Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. & Seligman, M. E. P. (1982). The Attributional Style Questionnaire. *Cognitive Research and Therapy*, 6, 287-300
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T. & Seward, D.E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26(4), 289-295
- Ryan, D., Milis, L. & Misri, N. (2005). Depression during pregnancy. *Canadian Family Physician*, 51(8), 1087-1093
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2002) *Postnatal Depression and Puerperal Psychosis. A National Clinical Guideline*, www.sign.ac.uk
- Segre, S. N., O'Hara, M. V., Arndt, S. & Stuart, S. (2007) The prevalence of postpartum depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 42
- Seyfried, L. S. & Marcus, S. M. (2003) Postpartum mood disorders. *International Review of Psychiatry*, 15(3)
- Shaw, B.F. (1982) Stress and depression: A cognitive perspective. In R. W. J. Neufeld (Ed.) *Psychological stress and psychopathology*, 125-146, McGraw Hill, New York
- Stein, A., Dennis, H. G., Bucher, J., Bond, A., Day, A. & Cooper, P. J. (1991) The relationship between postnatal depression and mother-child interaction. *British Journal of Psychiatry*, 158
- Swendsen, J. D. & Mazure, C. M. (2000) Life stress as a risk factor for postpartum depression: current research and methodological issues. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(1)
- Vallis, M. T., Howes, J. L. & Miller, P. C. (1991) *The challenge of cognitive therapy: applications to nontraditional populations*, Ed. Springer
- Warner, R., Appleby, L., Whitton, A. & Faragher, B. (1997). Attitudes toward motherhood in postnatal depression: development of the Maternal Attitudes Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 43(4)
- Whiffen, V. E. (1988). Vulnerability to Postpartum Depression: A Prospective Multivariate Study. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(4)
- Wisner, K. L., Parry, B. & Piontek, C. M. (2002) Postpartum depression. *The New England Journal of Medicine*, 347(3)

# VULNERABILITATEA COGNITIVĂ PENTRU DEPRESIA POSTPARTUM: UN STUDIU EXPLORATOR

ANDA MADAR

Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca, Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației  
anda.madar@yahoo.com

**ABSTRACT:** There has been considerable advancement in understanding psychological vulnerability factors associated with postpartum depression, especially on the basis of cognitive behavioural models, but research findings are still inconsistent. Therefore, the aim of the present study was to explore the predictive value of cognitive vulnerability for postpartum depression. Final data sets included in the study were collected from 34 primiparous women, using a two-wave longitudinal design. Besides supporting the predictive role of irrational beliefs in the onset of postpartum depression, data offered additional information on relations unexplored before, between different types of beliefs and postpartum depression and between specific content areas of irrational beliefs and postpartum depression. Further research is needed to investigate mediating and moderating factors involved in cognitive vulnerability's link to postpartum depression.

**Key words:** postpartum depression, cognitive vulnerability, dysfunctional attitudes and beliefs

## 1. INTRODUCERE

Tulburarea depresivă majoră se numără printre tulburările psihice cu cea mai mare prevalență, studiile raportând o gamă largă de valori pentru procentul de populație adultă cu această tulburare (10-25% pentru femei și 5-12% pentru bărbați. DSM-IV-TR). Simptomele depresiei se regăsesc frecvent la femei în perioada postpartum, variind pe un continuum de la o ușoară tristețe postnatală (baby blues) resimțită în cursul primelor 10 zile postpartum de până la 70% dintre noile mame, până la depresie postpartum (DSM-IV-TR).

Interesul clinic și de cercetare pentru depresia postpartum a cunoscut o creștere semnificativă în ultimul timp, pe măsură ce se raportează o prevalență din ce în ce mai crescută a manifestărilor depresive în perioada postnatală. Acest interes este menținut de datele solide care susțin asocierea dintre depresia postpartum și tulburări în dezvoltarea cognitivă și emoțională a copilului (Philipps & O' Hara, 1991; Burke, 2003), precum și afectarea relației de cuplu și a relațiilor interpersonale în general (Burke, 2003).

O serie de factori biologici, psihologici și sociali au fost analizați ca posibili predictorii pentru depresia postpartum (O'Hara & Swain, 1996), însă multe dintre relațiile avansate nu au o fundamentare teoretică solidă. Deși rezultatele privind contribuția factorilor psihologici sunt inconsistente, ipoteza că factorii cognitivi ar putea avea un rol important în etiologia depresiei postpartum se fundamentează teoretic pe modelele cognitive ale depresiei.

Lucrarea de față își propune să investigheze factorii de vulnerabilitate pentru depresia postpartum, cu accent pe vulnerabilitatea cognitivă reprezentată de credințe iraționale particularizate pe arii de conținut.

Întregul demers se bazează pe modelul etiopatogenetic general stres-vulnerabilitate, cuprinzând factori de vulnerabilitate cognitivă și socială. S-au avut în vedere studiile care indicau drept cei mai puternici predictorii pentru depresie: un istoric personal de depresie, depresie postpartum, depresie pe parcursul sarcinii,

respectiv suportul social scăzut și izolarea (review Gale & Harlow, 2003).

## 2. VULNERABILITATEA COGNITIVĂ PENTRU DEPRESIA POSTPARTUM

Vulnerabilitatea cognitivă cuprinde credințe defectuoase, biasări cognitive, patternuri atribuționale sau scheme care există înaintea apariției oricăror semne sau simptome ale unei tulburări. Aceste vulnerabilități par a fi specifice și par a ghida înspre dezvoltarea și menținerea unei tulburări și nu a alteia, când vin în contact cu evenimente stresante de viață (Riskind & Black in Freeman (ed.) et al., 2005).

Vulnerabilitatea cognitivă pentru depresie poate fi definită ca tendința de a interpreta negativ și distorsionat informația în situații percepute ca fiind stresori, acest stil cognitiv fiind dobândit de-a lungul timpului, în urma experiențelor de viață.

O asumție de bază a modelelor cognitive ale depresiei este că depresia este caracterizată de biasări negative sistematice în gândire: persoanele deprimate au convingeri negative despre ei-înșiși, lume și viitor (Beck) și/sau au învățat să-și explice ceea ce li se întâmplă într-o manieră negativă, atribuind evenimentele unor factori interni, stabili, universali (Alloy & Abramson in Freeman (ed.) et al., 2005).

Se observă în ultimul deceniu o creștere a interesului pentru vulnerabilitatea cognitivă pentru depresie (Gotlib & Hammen, 2002, apud. Hankin et al., 2007; Alloy & Abramson, 1999; Cognitive Vulnerability to Depression Project). S-au impus două teorii cognitive ale depresiei: teoria lui Beck (Beck, 1987) și teoria lipsei de speranță (Abramson, Metalsky, & Alloy, 1989), ambele fiind modele stres-vulnerabilitate, în care variabilitatea cu privire la susceptibilitatea persoanelor la depresie în urma unor evenimente de viață stresante este înțeleasă în termenii diferențelor între stilurile cognitive care afectează modul în care aceste evenimente sunt interpretate. Aceste modele cognitive pentru depresie pun accentul pe stilul inferențial negativ, pe credințele disfuncționale, pe



biasările în procesarea informației și pe strategiile dezadaptative de reglare emoțională, ca factori de vulnerabilitate pentru depresie la intersecția cu evenimente de viață stresante.

**Teoria lui Beck.** Teoria cognitivă a lui Beck asupra depresiei se bazează pe trei constructe cognitive relaționate pentru a explica etiologia depresiei: triada cognitivă, schemele depresogene și atitudinile disfuncționale. Triada cognitivă se referă la imaginea negativă despre sine, lume și viitor. Schemele depresogene sunt descrise ca structuri cognitive stabile și rezistente care se dezvoltă din experiențele de viață timpurii (Shaw, 1982). Aceste scheme cuprind atitudini disfuncționale perfecționiste, rigide și deseori nerealiste, standarde prin care persoane se autoevaluează (Beck, 1987). În cadrul modelului propus de Beck pentru depresie, schemele negative, rigide și extreme despre sine, organizate în jurul temelor de pierdere, lipsă de valoare, inadecvare, eșec sau incapacitate sunt vulnerabilități pentru debutul și intensificarea depresiei. Acestor scheme negative despre propria persoană le corespund atitudini disfuncționale despre propria persoană de genul credinței că fericirea sau valoarea personală depind de aprobarea celorlalți sau de a fi perfect. Se pare că aceste scheme personale de tip depresiv influențează percepția, interpretarea și reamintirea experiențelor personale, conducând astfel la formarea unei imagini despre sine, lume și viitor (lipsă de speranță) biasate negativ. Când sunt activate de către evenimentele din mediu, schemele de tip depresiv conduc la debutul și intensificarea simptomatologiei depresiei prin encodarea și refacerea informației referitoare la sine.

Într-o elaborare ulterioară a teoriei originale, Beck, Epstein, Harrison & Emery (1983, apud. Grazioli & Terry, 2000) au identificat două tipuri de personalitate sau scheme supraordonate care crează vulnerabilități specifice pentru diferite tipuri de stresori: sociotropie și autonomie. Conform acestei teorii a congruenței, indivizii sociotropici și autonomi pot trăi diferit evenimentele de viață, fiind centrați în principal pe tema socială, respectiv pe cea de reușită (Frewen & Dezois, 2006). Sociotropia se referă la măsura în care un individ este preocupat de felul în care este perceput de către ceilalți, este dependent de alții pentru suport psihologic și stare de bine, este motivat să obțină acceptarea și aprobarea celorlalți. Autonomia se referă la măsura în care un individ este motivat de un set de criterii personale (standarde înalte) pentru măsurarea nivelului reușitei și este intolerant la frustrare sau la interferența în urmărirea acestor obiective. Teoria congruenței susține că indivizii sociotropici au un risc mai crescut pentru a dezvolta depresie comparativ cu indivizii nonsociotropici în urma trăirii unor evenimente sociale negative precum respingere sau pierdere, iar indivizii autonomi sunt mai vulnerabili pentru depresie decât indivizii nonautonomi în urma experienței unui eșec. La nivel subclinic, se pare că, la confruntarea cu un eveniment perceput ca fiind negativ care violează condiționările referitoare la valoarea propriei persoane, atât indivizii sociotropici, cât și cei autonomi răspund cu disforie (Frewen & Dezois, 2006).

**Teoria lipsei de speranță** (Abramson, Metalsky & Alloy). Teoria lipsei de speranță este un alt model stres-vulnerabilitate cognitivă care explică de ce unele persoane dezvoltă depresie în situații de viață negative, iar altele nu. Aici însă, vulnerabilitatea cognitivă se referă la un stil cognitiv negativ reflectat în: tendința de a face inferențe negative despre cauzele evenimentelor negative (atribuiri stabile și globale), tendința de a face inferențe negative despre consecințele evenimentelor negative și tendința de a infera caracteristici negative despre sine ca urmare a confruntării cu evenimente negative. Conform acestei teorii, sunt vulnerabile la depresie când trec prin evenimente negative persoanele care au un stil inferențial negativ, caracterizat de tendința de a atribui evenimentele negative de viață unor cauze stabile (persistente, continue de-a lungul timpului) și globale (larg răspândite), dar și de tendința de a catastrofa despre consecințele evenimentelor negative și de a infera că întâmplarea aceluși eveniment negativ înseamnă că au greșit sau că sunt lipsite de valoare (Abramson et al., 1989). Acest stil atribuțional dezvoltă în timp neajutorare, cauză proximală a episoadelor depresive, în special a subtipului caracterizat de neajutorare.

Modelul inițial al neajutorării învățate, dezvoltat de Seligman (1975) pornind de la modele animale, sugera că depresia apare când un organism nu reușește în încercările sale de a controla mediul. Limitele acestui model în explicarea depresiei la oameni au condus la reformularea modelului de către Abramson et al. (1978): stilurile atribuționale ca modalități învățate de explicare a cauzelor unui eveniment constituie vulnerabilitate pentru depresie. Mai specific, debutul unui episod depresiv este precedat de apariția unui eveniment negativ care produce răspunsuri atribuționale depresogene sau autodevalorizante – adică tendința de a atribui cauzele evenimentului unor factori interni, stabili și globali. Modelul propune așadar o interacțiune stres-vulnerabilitate: stilul atribuțional este o tendință relativ stabilă care în condiții de stres predispune individul pentru a dezvolta depresie.

**Teoriile vulnerabilității cognitive și depresia postpartum.** Teoriile vulnerabilității cognitive pentru depresia postpartum sunt susținute parțial de studiile care iau în considerare stilul atribuțional sau credințele iraționale în cadrul modelului stres-vulnerabilitate testat și sunt susținute indirect prin rezultatele studiilor privind eficiența unor intervenții care au la bază o conceptualizare cognitivă. Datele însă sunt puține și inconsistente.

În ceea ce privește teoria lipsei de speranță, majoritatea studiilor s-au focalizat pe analiza principalelor efecte ale stilului atribuțional evaluat prepartum asupra simptomatologiei postpartum, după controlul simptomelor depresive prepartum. Rezultatele studiilor nu au fost însă concludente: Cutrona (1983) și O'Hara et al. (1982) au găsit stilul atribuțional ca predictor semnificativ pentru simptomatologia depresiei opstpartum, însă multe alte studii nu au găsit rezultate semnificative (Manley et al., 1982; O'Hara et al. 1984, Whiffen, 1988). Mai recent, Grazioli & Terry (2000) au testat modelul stres-vulnerabilitate pentru teoria lipsei de speranță în predicția simptomatologiei depresive



postpartum și nu au găsit susținere empirică pentru model. Autorii au găsit însă susținere pentru modelul stres-vulnerabilitate bazat pe teoria lui Beck, deși Gotlib et al. (1991) nu identificaseră un efect semnificativ al atitudinilor disfuncționale asupra depresiei postpartum. Rezultatele diferite se pot datora faptului că Grazioli & Terry (2000) au luat în considerare modelul elaborat după teoria lui Beck, cu schemele supraordonate de autonomie și sociotropie. Astfel, se pare că nivelul crescut de atitudini disfuncționale privind evaluarea performanței se relaționează cu simptomatologia depresivă postpartum, iar nevoia de aprobare la intersecție cu un temperament „difícil” al copilului prezice simptome depresive postpartum.

Vulnerabilitatea cognitivă pentru depresie postpartum este susținută indirect de linia de studii care indică faptul că există o vulnerabilitate cognitivă pentru depresie, iar depresia postpartum nu este altceva decât un episod depresiv cu debut postpartum, dar cu unele particularități de conținut. Așadar, dacă istoricul personal de depresie este cel mai puternic predictor pentru depresia postpartum și în episodul depresiv trecut vulnerabilitatea cognitivă a participat la apariția și dezvoltarea lui, atunci această vulnerabilitate va favoriza apariția unui nou episod depresiv, cu debut postpartum de această dată. Iar dacă vulnerabilitatea există și este inactivă în perioada prenatală, ea va putea fi totuși evaluată și va prezice simptomatologia postnatală. În plus, această vulnerabilitate va fi implicată și în simptomatologia depresivă prepartum.

**Suportul social.** În ceea ce privește studiile care investighează factorii de risc pentru depresia postpartum, există o linie de cercetare care focalizată pe schimbările de viață stresante asociate cu sarcina, nașterea și rolul de mamă. Dintre factorii psihosociali, cei mai puternici predictorii pentru depresia postpartum se pare că sunt suportul social scăzut, nivelul crescut al stresorilor raportați pe parcursul sarcinii, izolarea socială (Gale & Harlow, 2003).

În general, se pare că persoanele care simt că beneficiază de suport din partea prietenilor și a familiei au niveluri mai reduse de depresie și anxietate (Pierce, Sarason & Sarason, 1996, apud. Ross, Lutz & Lakely, 1999). Suportul social este conceptualizat ca percepția subiectivă a persoanei asupra suportului de care poate beneficia, care nu este cu necesitate o reflecție a unor comportamente efective. Se pare că această percepție asupra suportului este relativ stabilă de-a lungul timpului și că este relaționată cu constructe cognitive precum stilul atribuțional și credințele dezadaptative (Lahey & Cassady, 1990, apud. Ross, Lutz & Lakely, 1999). De asemenea, se asociază cu diferențe în procesarea informațiilor sociale: persoanele cu un crescut suport social perceput interpretează aceleași comportamente ca fiind mai suportive decât persoanele cu un scăzut suport social perceput, dar au și o memorie mai bună a comportamentelor de suport relevante (Lahey & Drew, 1997, apud. Ross, Lutz & Lakely, 1999).

Suportul social a fost studiat și în relație cu depresia postpartum. Beck (2002) concluzionează în urma unei metasinteze că suportul social deficitar este un factor

de risc semnificativ pentru depresia postpartum. Se pare că doar cantitatea suportului social nu este suficientă pentru mame în perioada postpartum (Gottlieb & Mendelson, 1995, apud. Scrandis, 2005). Faptul că mamele în perioada postpartum au nevoie și de ajutor profesional este susținut de studiile de intervenție. În ceea ce privește depresia postpartum, suportul social crescut nu reduce simptomatologia, dar se recomandă implicarea rețelei de suport în terapie (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Postnatal Depression and Puerperal Psychosis, A National Clinical Guideline, 2002). În plus, se pare că suportul profesional postnatal are rol protectiv în primele 6 săptămâni postpartum, dar rezultatele nu sunt semnificative pentru suportul oferit de non-profioniști în prevenția depresiei postpartum (review Dennis, 2008).

Lucrarea de față își propune investigarea vulnerabilității pentru depresia postpartum pe baza modelului stres vulnerabilitate, cu accent pe vulnerabilitatea cognitivă reprezentată de credințe iraționale particularizate pe arii de conținut. Ipoteza generală a demersului de cercetare este că factorii de vulnerabilitate cognitivă (credințele iraționale) determină manifestări caracteristice depresiei postpartum.

### 3. METODOLOGIA CERCETĂRII

**PARTICIPANȚI.** Au fost distribuite inițial un număr de 168 de chestionare, însă au fost incluse în analiză doar datele complete (prepartum și postpartum) obținute de la 34 de femei care au participat atât la etapa 1 (ultimul trimestru de sarcină), cât și la etapa 2 (șase săptămâni postpartum). Vârsta medie a participantelor a fost de 25.47 ani, cu un minim de 19 ani și un maxim de 38 de ani. Dintre acestea, 6.9% au născut prin cezariană, 2.8% au născut prematur și toate erau la prima naștere.

**INSTRUMENTE UTILIZATE.** S-au folosit instrumente consacrate în literatura de specialitate pentru evaluarea depresiei postpartum (EPDS Edinburgh Postnatal Depression Scale; Cox, Holden & Sagovskzy, 1987), a credințelor iraționale (ABS 2 Attitudes and Belief Scale 2; DiGiuseppe, R., Leaf, R., Exner, T., & Robin, M. (2007). Scala de atitudini și convingeri 2, adaptat de Macavei, B.) și a suportului social (MOS Social Support Survey; Sherbourne & Stewart, 1991).

**Simptomatologie depresivă.** Scala Edinburgh pentru depresie postnatală (EPDS Edinburgh Postnatal Depression Scale; Cox, Holden & Sagovskzy, 1987) a fost folosită ca instrument de evaluare continuă a simptomelor de depresie. EPDS este un chestionar de autoevaluare cu 10 itemi care reflectă simptome de depresie. Participanții răspund la fiecare item pe o scală Likert de 4 puncte, de la 0 (nu, deloc) la 3 (da, deseori), pe baza modului în care s-au simțit în ultima săptămână. S-a preferat utilizarea EPDS în defavoarea BDI (Beck Depression Inventory; Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961) pentru că este un instrument conceput specific pentru identificarea depresiei postpartum, evitând evaluarea unor simptome fiziologice ca tulburări de somn, pierdere în greutate,



care pot apărea normal pe parcursul perioadei postnatale. În plus, studiile comparând cele două instrumente au subliniat că EPDS este un instrument mai sensibil decât BDI în detectarea depresiei postpartum (Cox et al. 1987, Murray & Carothers, 1990). Autorii scalei indică scorul 13 ca fiind scorul critic optim pentru identificarea cazurilor probabile cel puțin de depresie ușoară. La acest scor critic sunt raportate sensibilitatea cea mai ridicată (86% adevărați pozitivi - cazuri veritabile de depresie) și specificitatea cea mai ridicată (78% adevărați negativi - cazuri veritabile fără depresie). Adaptarea chestionarului a urmat pașii descriși în literatură.

**Credințe iraționale.** Pentru evaluarea credințelor iraționale s-a utilizat ABS 2 (Attitudes and Belief Scale 2; DiGiusepe, R., Leaf, R., Exner, T., & Robin, M. (2007). Scala de atitudini și convingeri 2, adaptată de Macavei, B.). ABS 2 fost concepută de către DiGiusepe, Leaf, Exner și Robin în 1988 și adaptată de Macavei, B. (2007). ABS 2 măsoară convingerile iraționale: pretențiile absolutiste, catastrofa, toleranța scăzută la frustrare, evaluarea globală negativă, preferințele, evaluarea nuanțată a caracterului aversiv al unui eveniment, toleranța la frustrare, acceptarea necondiționată a propriei persoane și evaluarea comportamentelor specifice. Deși în literatură se utilizează DAS (Disfunctional Attitudes Scale) pentru evaluarea nivelului credințelor disfuncționale ca factor de vulnerabilitate pentru depresie, s-a preferat utilizarea ABS 2 că permite calcularea unor scoruri separate pe diferite tipuri de credințe iraționale și arii de conținut, adițional estimării unor valori globale de raționalitate / iraționalitate. Scala cuprinde 72 de itemi (de la 5-76) dispuși într-o matrice (4x3x2) alcătuită din trei factori: procese cognitive, arii de conținut și mod de frazare. Fiecare item este structurat în funcție de cei trei factori. Posibilitățile de răspuns ale subiecților sunt: Puternic împotriva, Parțial împotriva, Neutru, Parțial de acord, Puternic de acord. Fidelitatea variantei în limba română a scalei are valori comparabile cu cele obținute în investigația inițială efectuată pe populație americană (Macavei, 2002): valorile Alfa Cronbach pentru scorurile globale și scorurile pe scale fiind cuprinse între .40 și .93. Aceste valori indică o foarte bună consistență internă, ceea ce exprimă faptul că itemii testului evaluează același construct – credințele iraționale.

**Validitate.** Scorurile la ABS2 corelează puternic cu rezultatele la forma scurtă a BDI, Scala de Atitudini Disfuncționale - A. Chestionarul gândurilor automate. Chestionarul schemelor cognitive - forma lungă 2, Chestionarul de acceptare necondiționată a propriei persoane (Macavei, 2002).

**Suport social.** Pentru evaluarea calității suportului social s-a utilizat MOS Social Support Survey (MOS SSS - Inventarul suportului social MOS) elaborat de Sherbourne & Stewart (1991) în cadrul echipei care a realizat The RAND and Medical Outcomes Study. MOS SSS oferă o autoevaluare scurtă a disponibilității a patru categorii de suport social: Suport emoțional/informațional, Suport tangibil, Suport afectiv, Interacțiuni sociale pozitive, Item adițional. Deși a fost conceput pentru populații cu boli cronice.

poate fi folosit și pentru populația generală. S-a considerat această scală mai relevantă decât scalele tradiționale de suport social care cuprind aspecte structurale (ex. mărimea rețelei sociale, cât de bine se cunosc prietenii) întrucât se bazează pe aspecte funcționale (percepția suportului, măsura în care persoana crede că are parte de suport). În plus, MOS SSS este un instrument fundamentat teoretic, cu coeficienți de fidelitate și validitate mult mai buni decât ai altor scale de suport social.

**Fidelitate.** Consistența internă este foarte mare, atât pentru scala globală ( $\alpha = .97$ ), cât și pe subscale ( $\alpha = .91 - \alpha = .96$ ). Corelațiile item-scală sunt peste .72, iar fidelitatea test-retest .78 (iar pe subscale .72-.76).

Adaptarea chestionarului a urmat pașii descriși în literatură.

**PROCEDURĂ.** S-au distribuit inițial un număr de 168 de chestionare femeilor aflate în ultimul trimestru de sarcină prin intermediul medicilor de familie și al ginecologilor. Chestionarele au fost completate acasă și returnate la următoarea întâlnire. Toate pacientele care au decis să participe la studiu au returnat chestionarele după această primă etapă. În această primă etapă toți participanții au completat Scala de atitudini și convingeri, Scala suportului social și Scala pentru evaluarea depresiei postpartum. Faza 2 a constatat în completarea Scalei pentru evaluarea depresiei postpartum la șase săptămâni după naștere. Dintre subiecții care au oferit informații și în prima etapă, doar 34 au oferit informații și în etapa 2, toți având scoruri la EPDS peste 13, deci cazuri probabile cel puțin de depresie ușoară.

#### 4. REZULTATE

##### Analiză corelațională

În urma prelucrărilor statistice, a rezultat matricea de corelații între evaluarea simptomatologiei depresive prepartum (EPDS1), postpartum (EPDS2) și evaluarea generală credințelor iraționale (ABS), ilustrată în tabelul 1. Se observă că scorurile de EPDS prepartum corelează puternic pozitiv cu scorurile la EPDS postpartum ( $r=.671$ ,  $p \leq 0.01$ ). Acest rezultat este concordant cu modelul etiologic propus și este susținut și de autorii scalei (Cox et al., 1987). De asemenea, se observă o corelație pozitivă puternică a ABS atât cu EPDS prepartum ( $r=.509$ ,  $p \leq 0.01$ ), cât și cu EPDS postpartum ( $r=.614$ ,  $p \leq 0.01$ ), cu mențiunea că indicele de corelație este mai mare pentru ABS – EPDS postpartum, decât pentru ABS – EPDS prepartum. În populații nonclinice, corelațiile între simptomatologia de tip depresiv (BDI Beck Depression Inventory) și credințe iraționale sunt moderate ( $r=.46$ ,  $p \leq 0.05$ ), conform Macavei (2002).

Tabel 1 Corelații credințe iraționale - depresie postpartum

	EPDS1	EPDS2	ABS
EPDS1	1.000		
EPDS2	.671**	1.000	
ABS	.509**	.614**	1.000

\*\*semnificativ la  $p \leq 0.01$



S-a considerat utilă realizarea de corelații între tipurile de credințe iraționale (subscaalele ABS: pretențiile absolutiste (DEM); catastrofarea (AWF); toleranța scăzută la frustrare (LFT); evaluarea globală negativă (GE/SD)) și simptomatologia depresivă postpartum (EPDS2).

În urma prelucrărilor statistice, a rezultat matricea de corelații între evaluarea simptomatologiei depresive postpartum (EPDS2) și evaluarea specifică a credințelor iraționale (ABS: pretențiile absolutiste (DEM); catastrofarea (AWF); toleranța scăzută la frustrare (LFT); evaluarea globală negativă (GE/SD)), ilustrată în tabelul 2. Se observă corelații pozitive moderate între manifestarea simptomelor depresive postpartum și nivelul credințelor de tip pretenții absolutiste ( $r.489, p \leq 0.01$ ), catastrofare ( $r.479, p \leq 0.01$ ), toleranță scăzută la frustrare ( $r.496, p \leq 0.01$ ) și corelații pozitive puternice între manifestarea simptomelor depresive postpartum și nivelul credințelor de tip evaluare globală negativă ( $r.567, p \leq 0.01$ ). În populații nonclinice, corelațiile între simptomatologia de tip depresiv (BDI Beck Depression Inventory) și cele patru tipuri de credințe iraționale sunt moderate (DEM  $r.39, p \leq 0.05$ , SD  $r.43, p \leq 0.05$ , LFT  $r.47, p \leq 0.05$ , AWF  $r.43, p \leq 0.05$ ), conform Macavei (2002).

Tabel 2 Corelații tipuri de credințe - depresie postpartum

	EPDS2	DEM	LFT	AWF	SD
EPDS2	1.000				
DEM	.489**	1.000			
LFT	.496**	.763**	1.000		
AWF	.479**	.525**	.627**	1.000	
SD	.567**	.568**	.627**	.403*	1.000

\*semnificativ la  $p \leq 0.05$

\*\*semnificativ la  $p \leq 0.01$

Având în vedere elaborările ulterioare ale teoriilor cognitive asupra depresiei (vezi Beck, Epstein, Harrison & Emery, 1983, apud. Grazioli & Terry, 2000; Frewen & Dezois, 2006), am considerat utilă realizarea de corelații între ariile diferite de conținut reflectate în itemii ABS (credințe referitoare la aprobare, realizare și confort). Se observă o corelație pozitivă puternică în special între manifestarea simptomelor depresive postpartum și nivelul credințelor iraționale referitoare la confort ( $r.627, p \leq 0.01$ ), dar și între între manifestarea simptomelor depresive postpartum și nivelul credințelor iraționale referitoare la realizare ( $r.501, p \leq 0.01$ ). De asemenea, se observă o corelație pozitivă moderată între manifestarea simptomelor depresive postpartum și nivelul credințelor iraționale referitoare la aprobare ( $r.411, p \leq 0.05$ ).

Tabel 3 Corelații arii de conținut - depresie postpartum

	CONFORT	REALIZARE	APROBARE
EPDS2	.627**	.501**	.411*

\*semnificativ la  $p \leq 0.05$

\*\*semnificativ la  $p \leq 0.01$

În plus, tot din perspectiva teoriei congruenței, s-a considerat utilă realizarea corelațiilor între ariile

diferite de conținut ale credințelor iraționale (aprobare, realizare și confort) și suportul social. Se observă o corelație negativă moderată între suportul social și credințele iraționale cu un conținut de aprobare ( $r-.455, p \leq 0.01$ ) și o corelație negativă puternică cu suportul emoțional/informațional ( $r-.528, p \leq 0.01$ ) și cu itemul adițional ( $r-.506, p \leq 0.01$ ) *Cineva cu care să faci lucruri care să te ajute să uiți de probleme*. În plus, credințele iraționale cu un conținut de confort corelează negativ moderat cu suportul afectiv ( $r-.350, p \leq 0.05$ ).

Tabel 4 Corelații arii de conținut - tipuri de suport social

	Confort	Realizare	Aprobare
Suport social global	-.226	.004	-.455**
Suport emoțional/informațional	-.134	.021	-.528**
Suport tangibil	-.306	-.056	-.275
Suport afectiv	-.350*	-.066	-.335
Interacțiuni sociale pozitive	-.132	.037	-.159
Item adițional	-.263	-.200	-.506**

\*semnificativ la  $p \leq 0.05$

\*\*semnificativ la  $p \leq 0.01$

Se observă că manifestarea simptomelor depresive postpartum corelează puternic negativ cu evaluarea globală a suportul social ( $r-.565, p \leq 0.01$ ), respectiv negativ moderat cu suportul tangibil ( $r-.467, p \leq 0.01$ ), suportul afectiv ( $r-.452, p \leq 0.01$ ), interacțiunile sociale pozitive ( $r-.477, p \leq 0.01$ ) și negativ puternic cu suportul emoțional/informațional ( $r-.506, p \leq 0.01$ ), itemul adițional ( $r-.585, p \leq 0.01$ ).

Tabel 5 Corelații suport social - depresie postpartum

	Suport social global	Suport emoțional/informațional	Suport tangibil
EPDS2	-.565**	-.506**	-.467**
	Suport afectiv	Interacțiuni sociale pozitive	Item adițional
EPDS2	-.452**	-.477**	-.585**

\*semnificativ la  $p \leq 0.05$

\*\*semnificativ la  $p \leq 0.01$

Cele două variabile predictor nu corelează semnificativ.

Tabel 6 Corelații credințe iraționale - suport social

	ABS	Suport social
ABS	1.000	-.293
Suport social	-.293	1.000

#### Analiză de regresie

Pentru a evalua contribuția fiecărei variabile independente (credințe iraționale și suport social) în explicarea simptomatologiei depresiei pe baza relațiilor descrise în ipoteze și pentru testarea modelului preciziv propus am utilizat regresia multiplă.

Credințele iraționale sunt un factor predictiv semnificativ statistic pentru depresia postpartum, explicând 38% din varianța datelor ( $R^2.38$ ). Astfel, simptomatologia de depresie postpartum poate fi explicată printr-un nivel crescut de credințe iraționale.



Suportul social este de asemenea un factor predictiv semnificativ statistic pentru depresia postpartum, explicând 32% din varianța datelor ( $R^2.32$ ). Astfel, simptomatologia de depresie postpartum poate fi explicată printr-un nivel scăzut de suport social.

Tabel 7 Regresie depresie postpartum – credințe iraționale/suport social

Variabile	R <sup>2</sup>	F	Sig.	$\beta$
ABS	.377	19.393	.000	.614
Suport social	.319	14.969	.001	-.565

Modelul predictiv incluzând credințele iraționale și suportul social explică 54% din varianța datelor pentru depresie postpartum ( $R^2.54$ ).

Tabel 8 Regresie depresie postpartum – credințe iraționale + suport social

Model	R <sup>2</sup>	F	Sig.	$\beta$
ABS	.539	18.129	.000	.491
Suport social				-.421

S-au realizat o serie de regresii multiple ierarhice. După cum se aștepta, nivelurile de simptomatologie depresivă sunt consistente de-a lungul timpului, evaluarea simptomatologiei depresive prepartum explică 45% ( $R^2.45$ ) din varianța datelor la măsurarea postpartum a acestei variabile.

Tabel 9 Regresie depresie postpartum – depresie perenatală/credințe iraționale/ suport social

EPDS2	R <sup>2</sup>	F	Sig.	$\beta$
EPDS1	.450	26.164	.000	.671
EPDS1	.550	18.973	.000	.483/.368
ABS	.669	20.192	.000	.423/.292/-
EPDS1				.364
Suport social				

Adăugarea evaluărilor generale ale credințelor iraționale și suportului social cresc puterea predictivă a ecuației de regresie dincolo de cea explicată deja de nivelul simptomatologiei prepartum. Introducerea în ecuația de regresie a credințelor iraționale și a suportului social crește puterea predictivă cu 22%, de la 45% la 67% ( $R^2.67$ ), cu 10% prin introducerea credințelor iraționale și 12% prin introducerea suportului social. Așadar, chiar și după controlul simptomatologiei de la nivelul 1 (prepartum) variabila cognitivă și suportul social au efecte semnificative asupra simptomatologiei de la nivelul 2 (postpartum).

## 5. CONCLUZII

Lucrarea de față și-a propus să investigheze factorii de vulnerabilitate pentru depresia postpartum, punând accentul pe vulnerabilitatea cognitivă reprezentată de credințe iraționale, dar luând în considerare și suportul social. Pornind de la premisa că depresia postpartum poate fi explicată pe baza modelului stres-vulnerabilitate, demersul s-a focalizat asupra credințelor iraționale ca factori de vulnerabilitate cognitivă și asupra suportului social ca factor de

vulnerabilitate socială. Scopul investigării factorilor de vulnerabilitate a fost de a orienta activitatea de intervenție și prevenție a depresiei postpartum, întrucât în literatura de specialitate informațiile sunt lacunare, iar multe dintre relațiile avansate nu au o fundamentare teoretică solidă.

Acești factori actorilor de vulnerabilitate cognitivă și socială au fost aleși pe baza studiilor care indicau drept cei mai puternici predictorii pentru depresie: un istoric personal de depresie, depresie postpartum, depresie pe parcursul sarcinii, respectiv suportul social scăzut și izolarea (review Gale & Harlow, 2003).

În ceea ce privește factorii de vulnerabilitate cognitivă, s-au avut în vedere următoarele date din literatură:

1. studii privind factorii de risc (review Gale & Harlow, 2003);

2. consensul experților în ceea ce privește tratamentul: prima linie de tratament în depresia postpartum moderată este, conform consensului experților, medicația combinată cu tratament psihosocial (88%), aici fiind inclusă terapia cognitiv-comportamentală și terapia interpersonală ca strategii inițiale de intervenție (Althshuler et al., The Expert Consensus Guideline Series, Treatment of Depression in Women, 2001);

3. studii clinice controlate CBT vs medicație pentru intervenție în depresia postpartum: atât medicația (fluoxetina), cât și terapia cognitiv-comportamentală se pare că sunt tratamente eficiente pentru depresia postpartum non-psihotică; după o ședință inițială de terapie cognitiv-comportamentală, continuarea terapiei sau introducerea medicației aduc beneficii similare (Appleby et al., 1997)

4. studii clinice CBT pentru prevenția depresiei postpartum (review Dennis, 2004)

5. teoriile cognitive ale depresiei: depresia postpartum nu este o entitate distinctă, ci este parte componentă a spectrului tulburării depresive majore, un episod depresiv major din tulburarea depresivă majoră, cu specificantul „cu debut postpartum”. S-au impus două teorii cognitive ale depresiei: teoria lui Beck (Beck, 1987) și teoria lipsei de speranță (Abramson, Metalsky, & Alloy, 1989), ambele fiind modele stres-vulnerabilitate, în care variabilitatea cu privire la susceptibilitatea persoanelor la depresie în urma unor evenimente de viață stresante este înțeleasă în termenii diferențelor între stilurile cognitive care afectează modul în care aceste evenimente sunt interpretate. Aceste modele cognitive pentru depresie pun accentul pe stilul inferențial negativ, pe credințele disfuncționale, pe biasările în procesarea informației și pe strategiile dezadaptative de reglare emoțională, ca factori de vulnerabilitate pentru depresie la intersecția cu evenimente de viață stresante.

În ceea ce privește aplicarea acestor teorii la depresia postpartum, nu există date suficiente care să susțină vreunul dintre cele două modele de vulnerabilitate cognitivă. Astfel, pentru teoria lipsei de speranță, majoritatea studiilor s-au focalizat pe analiza principalelor efecte ale stilului atribuțional evaluat prepartum asupra simptomatologiei postpartum, după controlul simptomelor depresive prepartum. Rezultatele studiilor nu au fost însă concludente: Cutrona (1983) și O'Hara et al. (1982) au găsit stilul atribuțional ca



predictor semnificativ pentru simptomatologia depresiei postpartum, însă multe alte studii nu au găsit rezultate semnificative (Manley et al., 1982, apud. Grazioli & Terry, 2000; O'Hara et al. 1984, Whiffen, 1988). Mai recent, Grazioli & Terry (2000) au testat modelul stres-vulnerabilitate pentru teoria lipsei de speranță în predicția simptomatologiei depresive postpartum și nu au găsit susținere empirică pentru model. Autorii au găsit însă susținere pentru modelul stres-vulnerabilitate bazat pe teoria lui Beck, deși Gotlib et al. (1991) nu identificaseră un efect semnificativ al atitudinilor disfuncționale asupra depresiei postpartum.

În ceea ce privește factorii de vulnerabilitate socială, s-au avut în vedere:

1. *studii privind factorii de risc* (review Gale & Harlow, 2003);

2. *practici recomandate*: suportul social poate reduce simptomele depresive postpartum, în cadrul intervenției în depresia postpartum se va avea în vedere implicarea a mai mult de un membru al familiei (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Postnatal Depression and Puerperal Psychosis, A National Clinical Guideline, 2002)

3. *intervenție suport social*: suportul profesional postnatal are rol protectiv în primele 6 săptămâni postpartum, dar rezultatele nu sunt semnificative pentru suportul oferit de non-profesioniști în prevenția depresiei postpartum (review Dennis, 2008).

Așadar, pornind de la datele din literatură privind factorii de vulnerabilitate pentru depresie postpartum, de la teoriile depresiei și intervențiile pentru care există rezultate semnificative, atât în prevenție, cât și în intervenție, coroborate cu inferențele făcute pornind de la aceste date, pe baza modelului stres-vulnerabilitate s-au formulat ipotezele de cercetare.

Pentru *credințele iraționale*, s-a avansat ipoteza că un nivel crescut general de credințe iraționale va determina un nivel crescut al simptomatologiei depresive postpartum măsurate cu EPDS. S-au avut în vedere rezultatele studiilor anterioare (Grazioli & Terry, 2000; Appleby et al., 1997; Gale & Harlow, 2003). S-a pornit de la premisa că, existând un episod anterior de depresie, există și o vulnerabilitate cognitivă pentru depresie care va fi activată de noul eveniment stresant (sarcina, nașterea, perioada postpartum). Deci dacă istoricul personal de depresie este cel mai puternic predictor pentru depresia postpartum și în episodul depresiv trecut vulnerabilitatea cognitivă a participat la apariția și dezvoltarea lui, atunci această vulnerabilitate va favoriza apariția unui nou episod depresiv, cu debut postpartum de această dată. Iar dacă vulnerabilitatea există și este inactivă în perioada prenatală, ea va putea fi totuși evaluată și va prezice simptomatologia postnatală. În plus, această vulnerabilitate va fi implicată și în simptomatologia depresivă prepartum.

Rezultatele au confirmat ipoteza avansată: există o corelație pozitivă puternică între ABS și EPDS postpartum ( $r=0.614$ ,  $p \leq 0.01$ ). În populații nonclinice, corelațiile între simptomatologia de tip depresiv (BDI Beck Depression Inventory) și credințe iraționale sunt moderate ( $r=0.46$ ,  $p \leq 0.05$ ), conform Macavei (2002).

Așadar, cu cât nivelul credințelor iraționale este mai crescut, cu atât nivelul simptomatologiei postpartum va fi mai ridicat. Evaluând contribuția credințelor iraționale în explicarea simptomatologiei depresiei pe baza relațiilor descrise în ipoteze, am găsit că factorii de vulnerabilitate cognitivă (credințele iraționale) sunt un factor predictiv semnificativ statistic pentru depresia postpartum, explicând 38% din varianța datelor ( $R^2=0.38$ ). Astfel, se pare că simptomatologia de depresie postpartum poate fi explicată printr-un nivel crescut de credințe iraționale. Era de așteptat ca acest nivel crescut de credințe iraționale să explice și nivelul simptomatologiei prepartum. Astfel, deși nivelul simptomatologiei prepartum nu a atins scorul critic pentru depresie, scorul EPDS ridicat poate fi totuși explicat de nivelul crescut de credințe iraționale ( $R^2=0.26$ ) care explică 26% din varianța datelor. Aceasta explică parțial și corelația dintre nivelurile depresiei măsurate prepartum și postpartum (scorurile de EPDS prepartum corelează puternic pozitiv cu scorurile la EPDS postpartum ( $r=0.671$ ,  $p \leq 0.01$ )), iar EPDS prepartum explică 45% din varianța datelor postpartum. Această relație a fost găsită și de Grazioli & Terry (2000), care nu au găsit un efect al credințelor iraționale după ce au controlat statistic simptomatologia inițială. Replicând modelul de regresie ierarhică și controlând statistic nivelul simptomatologiei inițiale, s-a găsit că nivelurile de simptomatologie depresivă sunt consistente de-a lungul timpului, evaluarea simptomatologiei depresive prepartum explică 45% ( $R^2=0.45$ ) din varianța datelor la măsurarea postpartum a acestei variabile. Adăugarea evaluărilor generale ale credințelor iraționale crește puterea predictivă a ecuației de regresie dincolo de cea explicată deja de nivelul simptomatologiei prepartum. Introducerea în ecuația de regresie a credințelor iraționale crește puterea predictivă a modelului cu 10%. Așadar, chiar și după controlul simptomatologiei de la nivelul 1 (prepartum) variabila cognitivă are efecte semnificative asupra simptomatologiei de la nivelul 2 (postpartum). Explicăm diferența față de studiul prezentat anterior prin faptul că autorii nu au pus în evidență relația dintre credințele iraționale și simptomatologia depresivă prepartum, iar studiul de față a indicat că nivelul credințelor iraționale explică 26% ( $R^2=0.26$ ) din varianța datelor pentru simptomatologia depresivă.

S-a considerat utilă analiza relației dintre tipurile de credințe iraționale (subscalele ABS: pretențiile absolutiste (DEM); catastrofarea (AWF); toleranța scăzută la frustrare (LFT); evaluarea globală negativă (GE/SD) și simptomatologia depresivă postpartum. Se aștepta ca, la fel ca pentru depresie, niveluri crescute de pretenții absolutiste și evaluare globală negativă să determine niveluri crescute ale simptomatologiei postpartum. Într-adevăr, dintre toate credințele, evaluarea globală negativă corelează cel mai bine cu simptomatologia depresivă postpartum (corelații pozitive puternice între manifestarea simptomelor depresive postpartum și nivelul credințelor de tip evaluare globală negativă ( $r=0.567$ ,  $p \leq 0.01$ ), comparativ cu corelațiile pozitive moderate între manifestarea simptomelor depresive postpartum și nivelul credințelor de tip pretenții absolutiste ( $r=0.489$ ,  $p \leq 0.01$ ),



catastrofare ( $r.479, p \leq 0.01$ ), toleranță scăzută la frustrare ( $r.496, p \leq 0.01$ ). În populații nonclinice, corelațiile între simptomatologia de tip depresiv (BDI Beck Depression Inventory) și cele patru tipuri de credințe iraționale sunt moderate (DEM  $r.39, p \leq 0.05$ , SD  $r.43, p \leq 0.05$ , LFT  $r.47, p \leq 0.05$ , AWF  $r.43, p \leq 0.05$ ), conform Macavei (2007). Explicăm aceste rezultate prin faptul că, din punct de vedere al conținutului, episodul depresiv postpartum se particularizează față de episoadele nerelaționate perioadei puerperale prin sentimente de vină și inadecvare cu privire la rolul de mamă. În plus, unul dintre itemii scalei cu care am evaluat manifestările depresive postpartum (EPDS item 3: *Când lucrurile au mers prost, am pus vina asupra mea, deși nu era cazul*) vizează tocmai învinovățirea.

Având în vedere elaborările ulterioare ale teoriilor cognitive asupra depresiei (Frewen & Dezois, 2006), s-a considerat utilă realizarea de corelații între ariile diferite de conținut reflectate în itemii ABS (credințe referitoare la aprobare, realizare și confort). Grazioli & Terry (2000) au găsit că preocuparea pentru evaluarea performanței are efect asupra simptomatologiei de depresie postpartum, rezultat congruent cu teoriile cognitive asupra depresiei. S-a avansat așadar ipoteza că un nivel crescut al credințelor iraționale referitoare la realizare va determina un nivel crescut al manifestărilor depresiei postpartum.

Se observă o corelație pozitivă puternică în special între manifestarea simptomelor depresive postpartum și nivelul credințelor iraționale referitoare la confort ( $r.627, p \leq 0.01$ ), dar și între manifestarea simptomelor depresive postpartum și nivelul credințelor iraționale referitoare la realizare ( $r.501, p \leq 0.01$ ). De asemenea, se observă o corelație pozitivă moderată între manifestarea simptomelor depresive postpartum și nivelul credințelor iraționale referitoare la aprobare ( $r.411, p \leq 0.05$ ). Datele confirmă așadar relația găsită de Grazioli & Terry (2000) între simptomatologia depresivă postpartum și credințele referitoare la realizare. În plus, s-au identificat relații și cu credințele referitoare la aprobare, dar mai ales cu cele referitoare la confort. Aceste rezultate nu sunt deloc surprinzătoare dacă avem în vedere faptul că în perioada postpartum avută în vedere în studiu (primele șase săptămâni) se manifestă încă efectele modificărilor fiziologice datorate sarcinii și nașterii, la care se pot adauga stări emoționale de tristețe postnatală (baby blues la 80% dintre mame).

Așadar, în ceea ce privește relația dintre credințele iraționale și depresia postpartum au fost confirmate ipotezele avansate: un nivel crescut general de credințe iraționale va determina un nivel crescut al simptomatologiei depresive postpartum măsurate cu EPDS, niveluri crescute de pretenții absolutiste și evaluare globală negativă vor determina niveluri crescute ale simptomatologiei postpartum, un nivel crescut al credințelor iraționale referitoare la realizare să determine un nivel crescut al manifestărilor depresiei postpartum. În plus, s-a evidențiat și contribuția celorlalte tipuri de credințe iraționale în explicarea simptomatologiei depresiei postpartum, dar și a celorlalte arii de conținut, în special credințele referitoare la confort care explică în aceeași măsură ca

și evaluarea globală a credințelor iraționale depresia postpartum.

Pentru suportul social, s-a avansat ipoteza că un nivel scăzut al suportului social va determina un nivel crescut al simptomatologiei depresiei postpartum. După cum se aștepta, rezultatele confirmă ipoteza, întrucât regăsim că un nivel scăzut al suportului social determină manifestări depresive postpartum, iar acest nivel crescut al suportului social explică 32% din varianța rezultatelor la evaluarea depresiei postpartum ( $R^2.32$ ). Suportul emoțional/informațional explică 26% din varianța manifestărilor depresiei postpartum. Acest rezultat este concordant cu studiile anterioare care avansau relația dintre depresia postpartum și nevoia de suport informațional.

În plus, tot din perspectiva teoriei congruenței s-a considerat utilă realizarea corelațiilor între ariile diferite de conținut ale credințelor iraționale (aprobare, realizare și confort) și suportul social. Se observă o corelație negativă moderată între suportul social și credințele iraționale cu un conținut de aprobare ( $r-.455, p \leq 0.01$ ) și o corelație negativă puternică cu suportul emoțional/informațional ( $r-.528, p \leq 0.01$ ) și cu itemul adițional ( $r-.506, p \leq 0.01$ ) *Cineva cu care să faci lucruri care să te ajute să nu te mai gândești la probleme*. În plus, credințele iraționale cu un conținut de confort corelează negativ moderat cu suportul afectiv ( $r-.350, p \leq 0.05$ ).

Pentru a evalua contribuția fiecărei variabile independente (credințe iraționale și suport social) în explicarea simptomatologiei depresiei pe baza relațiilor descrise în ipoteze și pentru testarea modelului preciv propus am utilizat regresia multiplă ierarhică. Astfel, modelul predictiv incluzând credințele iraționale și suportul social explică 54% din varianța datelor pentru depresie postpartum ( $R^2.54$ ). După cum se aștepta, nivelurile de simptomatologie depresivă sunt consistente de-a lungul timpului, evaluarea simptomatologiei depresive prepartum explică 45% ( $R^2.45$ ) din varianța datelor la măsurarea postpartum a acestei variabile. Adăugarea evaluărilor generale ale credințelor iraționale și suportului social cresc puterea predictivă a ecuației de regresie dincolo de cea explicată deja de nivelul simptomatologiei prepartum: introducerea în ecuația de regresie a credințelor iraționale și a suportului social crește puterea predictivă cu 22%, de la 45% la 67% ( $R^2.67$ ), cu 10% prin introducerea credințelor iraționale și 12% prin introducerea suportului social. Așadar, chiar și după controlul simptomatologiei de la nivelul 1 (prepartum) variabila cognitivă și suportul social au efecte semnificative asupra simptomatologiei de la nivelul 2 (postpartum).

Variabilitatea crescută a datelor din literatură despre vulnerabilitatea psihologică se datorează în mare parte diferențelor de operaționalizare și măsurare. Astfel, sunt studii care raportează că vulnerabilitatea cognitivă nu se relaționează semnificativ cu depresia postpartum fără a preciza dacă vulnerabilitatea cognitivă se referă la stilul atribuțional sau la credințele iraționale. În plus, o relație avansată în puținele studii asupra vulnerabilității cognitive pentru depresia postpartum este că depresia postpartum poate fi explicată de



crediințele iraționale, dar acestea nu aduc un plus semnificativ predicției realizate pe baza evaluării nivelului simptomatologiei prepartum. Studiul de față aduce dovezi că credințele iraționale sunt implicate și în explicarea nivelului simptomatologiei prepartum, chiar dacă această simptomatologie este nonclinică. Rezultatele studiului de față susțin ipoteza unei vulnerabilități cognitive reprezentate de credințele iraționale latente, care încep să se activeze treptat în perioada prenatală, ajungând să genereze depresie postnatală la intersecția cu evenimente de viață considerate stresante de către persoană.

Pe lângă dovada în plus pentru relația vulnerabilitate cognitivă-depresie postpartum, studiul de față aduce date noi despre relațiile dintre tipurile de credințe iraționale și depresia postpartum, respectiv despre ariile de conținut ale credințelor iraționale și depresia postpartum.

În plus față de studiile anterioare s-a arătat că și nivelul simptomatologiei prepartum poate fi explicat pe baza credințelor iraționale. Aceasta este în concordanță cu modelul etiopatogenetic propus: există o vulnerabilitate cognitivă latentă care se activează treptat pe parcursul perioadei pre și postnatale, această perioadă fiind asociată cu surse de stres caracteristice care pot contribui la apariția depresiei. Atât sarcina, cât și rolul de mamă implică schimbări în domenii importante ale vieții, evaluări ale competenței personale, expunerea la stresori relaționați cu îngrijirea copilului, nevoia de a echilibra timpul acordat copilului cu timpul acordat relațiilor prerexistente.

Una dintre limitele majore ale cercetării este faptul că subiecții care au furnizat date și în etapa doi au avut scoruri EPDS peste 13, deci cazuri probabile cel puțin de depresie ușoară. În plus, simptomatologia depresivă a fost evaluată doar cu EPDS, fără a fi dublată de un diagnostic clinic. O altă limită a studiului este că scalele utilizate pentru evaluarea credințelor iraționale și a suportului social nu au fost adaptate ca și conținut perioadei postpartum. Prin construirea de itemi care să evalueze credințele iraționale specifice perioadei postpartum și itemi care să particularizeze tipurile de suport cu relevanță pentru perioada postnatală puterea predictivă a modelului ar crește. În plus, nu s-a realizat o evaluare a nivelului perceput a stresului. S-a presupus că dacă apare simptomatologia de depresie postpartum există și un stresor perceput, întrucât depresia postpartum nu poate fi explicată exclusiv pe baza factorilor biologici, iar în 80% dintre cazurile de depresie din populația generală există un stresor care precede simptomatologia.

Întrucât studiul de față a avut mai degrabă un caracter explorativ, considerăm necesară extinderea și validarea modelului propus. În plus, considerăm utilă construirea de itemi specifici perioadei pre și postnatale pentru evaluarea factorilor de vulnerabilitate și testarea unor relații de interacțiune între variabile.

## 6. BIBLIOGRAFIE

Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372

Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Walshaw, P. D. & Neeren, A. M. (2006) Cognitive vulnerability to unipolar and bipolar mood disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(7)

Alloy, L. B. & Abramson, L. Y. (1999). The Temple-Wisconsin Cognitive Vulnerability to Depression (CVD) Project: Conceptual background, design and methods. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13, 227-262

Althshuler, L. L., Cohen, L. S., Moline, M. M., Kahn, D. A., Carpenter, D. & Docherty, J.P. (2001) *The Expert Consensus Guideline Series, Treatment of Depression in Women*. Ed. The McGraw-Hill Companies

Andrews-Fike, C. (1999) A review of postpartum depression. Primary Care Companion *Journal of Clinical Psychiatry*, 1

Appleby, L., Warner, R., Whitton, A. & Faragher, B. (1997). A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counseling in the treatment of postnatal depression. *The British Journal of Psychiatry*, 314, 932-936

Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 1, 5-37

Beck, C. T. (2002) Postpartum Depression: A Metasynthesis. *Qualitative Health Research*, 12(4)

Bieling, P. J. & Grant, D. A. (2007) Toward bridging the science and practice of depression prevention: what can we learn from cognitive vulnerability?. *Canadian Psychology*, 48(4)

Burke, L. (2003) The impact of maternal depression on familial relationships. *International Review of Psychiatry*, 15(3)

Cooper, P.J. & Murray, L. (1997) Prediction, detection, and treatment of postnatal depression. *Archives of Disease in Childhood*, 77

Cox, J. L., Holden, J. M. & Sagovsky, R. (1987) Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150

Cutrona, C. E. (1983). Causal attributions and perinatal depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 161-172

DiGiuseppe, R., Leaf, R., Exner, T. & Robin, M. (2007). Scala de atitudini și convingeri 2 (adaptat de Macavei, B.). În D. David (coordonator), *Sistem de evaluare clinică*. Editura RTS, Cluj-Napoca

Dennis, C. L. & Kingston, D. (2008). A systematic review of telephone support for women during pregnancy and the early postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 37, 301-314

Dennis, C.L. & Creedy, D. (2004). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *The Cochrane Database for Systematic Reviews*, 4: CD0001134

DSM-IV-TR 2000. Manual de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale. (2003). Ed. Asociația Psihiatrilor Liberi din România

Forman, D. R., O'Hara, M. W., Stuart, S., Gorman, L. L., Larsen, K. E. & Coy, K.C. (2007) Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to



- improve the developing mother-child relationship. *Development and Psychopathology*, 19
- Freeman, A. (ed.) (2005) *Encyclopedia of cognitive behavior therapy*. Ed. Springer Science
- Frewen, P. A. & Dezois, D. J. A. (2006) Self-worth appraisal of life events and Beck's congruency model of depression vulnerability. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 20(2)
- Gale, S. & Harlow, B. L. (2003) Postpartum mood disorders: a review of clinical and epidemiological factors. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 24(4)
- Gottlib, I. H., Whiffen, V. E., Wallace, P. M. & Mount, J. H. (1991) Prospective investigation of postpartum depression: factors involved in onset and recovery. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(2)
- Grace, S. L., Evindar, A. & Stewart, D. E. (2003) The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: A review and critical analysis of the literature. *Archives of Women's Mental Health*, 6
- Grazioli, R. & Terry, D. J. (2000) The role of cognitive vulnerability and stress in the prediction of postpartum depressive symptomatology. *The British Journal of Clinical Psychology*, 39
- Hankin, B. L., Lakdawalla, Z., Carter, I. L., Abela, J. R. Z. & Adams, P. (2007) Are neuroticism, cognitive vulnerabilities and self-esteem overlapping or distinct risks for depression? Evidence from exploratory and confirmatory factor analyses. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(1)
- Henshaw, C., Foreman, D. & Cox, J. (2004) Postnatal blues: A risk factor for postnatal depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 25(3/4)
- Kendell, R. E., Chalmers, J. C. & Platz, S. C. (1987) Epidemiology of Puerperal Psychoses. *British Journal of Psychiatry*, 150
- Macavei, B. (2002) Scala de atitudini și convingeri II (ABS II) – date preliminare pentru populația de limbă română. *Romanian Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 2(2)
- Meredith, P. & Noller, P. (2003) Attachment and Infant Difficulties in Postnatal Depression. *Journal of Family Issues*, 24
- Miranda, J. & Gross, J. (1997) Cognitive vulnerability, depression, and the mood-state depending hypothesis: is out of sight out of mind?. *Cognition and Emotion*, 11(5/6)
- Miranda, J., Gross, J., Persons, J. B. & Hahn, J. (1998) Mood matters: negative mood induction activates dysfunctional attitudes in women vulnerable to depression. *Cognitive Therapy and Research*, 22(4)
- Manley, P. C., McMahon, R. J., Bradley, C.F. & Davidson, P. O. (1982). Depressive attributional style and depression following childbirth. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 245-254
- O'Hara, M. V., Neunaber, D. & Zekoski, E. (1984). Prospective study of postpartum depression: Prevalence, course and predictive factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 93(2), 158-171
- O'Hara, M. V., Schlechte, J. A., Lewis, D. A. & Varner, M. V. (1991) Controlled Prospective Study of Postpartum Mood Disorders: Psychological, Environmental, and Hormonal Variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(1)
- O'Hara, M. V., Rehm, L. P. & Campbell, S. P. (1982). Predicting depressive symptomatology: Cognitive behavioural models of postpartum depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 91(6), 457-461
- O'Hara, M. W. & Swain, A. M. (1996). Rates and risks of postpartum depression: A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 37-54
- Oliver, J. M., Murphy, S. L., Ferland, D. R. & Ross, M. J. (2006) Contributions of the cognitive style questionnaire and the dysfunctional attitude scale to measuring cognitive vulnerability to depression. *Cognitive Therapy and Research*, 31(51)
- Ross, L. T., Lutz, C. J. & Brian Lakey, B. (1999). Perceived Social Support and Attributions for Failed Support. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25, 896
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2002) *Postnatal Depression and Puerperal Psychosis, A National Clinical Guideline*, www.sign.ac.uk
- Serandis, D. A. (2005). Normalizing Postpartum Depressive Symptoms With Social Support. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 11, 223
- Segre, S. N., O'Hara, M. V., Arndt, S. & Stuart, S. (2007) The prevalence of postpartum depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 42
- Seyfried, L. S. & Marcus, S. M. (2003) Postpartum mood disorders. *International Review of Psychiatry*, 15(3)
- Shaw, B.F. (1982) Stress and depression: A cognitive perspective. In R. W. J. Neufeld (Ed.) *Psychological stress and psychopathology*, 125-146, McGraw Hill, New York
- Sherbourne, C. D. & Steward, A. L. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705-714
- Stein, A., Dennis, H. G., Bucher, J., Bond, A., Day, A. & Cooper, P. J. (1991) The relationship between postnatal depression and mother-child interaction. *British Journal of Psychiatry*, 158
- Swendsen, J. D. & Mazure, C. M. (2000) Life stress as a risk factor for postpartum depression: current research and methodological issues. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(1)
- Vallis, M. T., Howes, J. L. & Miller, P. C. (1991) *The challenge of cognitive therapy: applications to nontraditional populations*, Ed. Springer
- Wisner, K. L., Parry, B. & Piontek, C. M. (2002) Postpartum depression. *The New England Journal of Medicine*, 347(3)



# REZILIENTA: REGĂSIREA ECHILIBRULUI EMOTIONAL ÎN CONTACT CU TRAUMA

OANA GHIMBULUȚ, LAVINIA DAMIAN, ADRIANA BĂBAN

Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca, Romania

oanaghimbulut@psychology.ro, laviniadamian@psychology.ro, adrianababan@psychology.ro

**REZUMAT:** Conceptul de reziliență a pătruns relativ recent în domeniul psihologiei, primele cercetări concentrându-se pe populații de copii care au demonstrat adaptabilitate pozitivă în contextul expunerii la evenimente traumatice (catastrofe naturale, mediu familial nesănătos, expunere la violență fizică sau emoțională). În primul rând, am diferențiat reziliența față de concepte înrudite precum invulnerabilitatea, inteligența emoțională și devianța pozitivă. Mai departe, structurând în patru etape majore, am prezentat evoluția cercetării în domeniul rezilienței. În final am oferit exemple de programe ce-si propun dezvoltarea rezilienței, programe construite pe principii care, adecvat contextualizate, pot duce la rezultate pozitive atât în prezenta unor factori de risc, cât și în contexte traumatice.

**Cuvinte cheie:** reziliență, traumă, factori de risc, factori protectivi, programe de intervenție.

## 1. INTRODUCERE

Termenul "reziliență" provine din limba latină, derivat al cuvântului "resiliere" („re” = „re”, „salire” = „a sări”), iar primele referiri sunt date în jurul anilor 1630. Astfel, putem traduce termenul prin "a sări înapoi, la loc", fiind sinonim cu termenii "elastic", "flexibil". În domeniul psihologiei, cercetările asupra rezilienței au început în urmă cu aproximativ 50 de ani și aveau ca țintă populațiile cu risc crescut pentru experiențe traumatice. Emmy Werner a fost printre primii oameni de știință care au studiat reziliența din punct de vedere psihologic, demonstrând că 1/3 dintre copiii cu părinți dependenți de alcool sau cu tulburări psihice severe nu au dezvoltat comportamente dezadaptative. Această categorie a fost denumită de autoare ca fiind copii rezilienți.

În ultimii 20 de ani, studiile asupra acestui concept au sporit considerabil. Interesul manifestat față de reziliență are două explicații. Pe de o parte, a crescut numărul tinerilor care au trecut prin situații aversive datorită societății aflate în continuă schimbare și a resurselor limitate pe care le dețin aceștia pentru a face față provocărilor. Pe de altă parte, îl reprezintă interesul față de dezvoltarea și implementarea de programe pentru copii, la un nivel general, cu scopul de a forma un "set de competențe reziliente" (Brooks & Goldstein, 2001). Aceste programe se axează pe identificarea variabilelor care prezic reziliența în situații aversive. În ultimele două decade au fost publicate numeroase studii longitudinale asupra rezilienței (Luthar 2000; Rutter 1993; Werner & Smith, 1989). Au fost identificați atât factori individuali care prezic copingul adaptativ la situații de risc, cât și modele ce își propun să explice adaptarea individului la situațiile aversive (Werner & Smith 1989).

Literatura de specialitate oferă o serie de cercetări concludente pentru a contura o definiție complexă a rezilienței. De la o abordare limitativă a conceptului, cercetările prezintă acum o perspectivă generală a constructului și posibilitatea de a concepe și implementa programe de intervenție, indiferent de intensitatea situațiilor traumatice (Crosnoe & Elder, 2004; Ronel & Haimoff-Ayali, 2009). Nu doar teoriile

rezilienței acreditează conceptul în literatura psihologică, dar și nevoia de conturare a unor noi generații de programe de sănătate mintală. Mai târziu, în acest capitol vom discuta câteva exemple de bune practici din cadrul programelor focusate pe dezvoltarea rezilienței.

Pornind de la literatura de specialitate, definim reziliența ca fiind o metacompetență care îl ajută pe individ să fie conștient de metodele de coping de care dispune și să le aleagă pe cele optime, raportat la situația problematică cu care se confruntă. Competențele reziliente ajută persoana să găsească starea de echilibru, chiar starea de bine, după confruntarea cu situații aversive.

## 2. REZILIENȚA ȘI CONCEPTE ÎNRUDITE

### 2.1. Invulnerabilitate

La nivel de terminologie, una dintre primele dispute apărute în literatură o reprezintă definirea rezilienței ca antonim al vulnerabilității. Deși disputa se regăsește în literatura de specialitate de mai bine de 30 de ani, cercetările nu au făcut o diferențiere clară între acești doi termeni. Altfel spus, pe un continuum al adaptării la mediu, reziliența și vulnerabilitatea sunt considerate ca aflându-se la poli opuși. Totuși, pentru o mai bună înțelegere a conceptului trebuie precizată și o altă polaritate, și anume "ego-reziliență" versus "ego-fragilitate". Ego-reziliența este definită ca fiind capacitatea individului de a răspunde optim la problemele de viață cu care se confruntă. La polul opus se află ego-fragilitatea care implică inabilitatea de a răspunde optim la cerințele mediului. (Jain, Buka, Subramanian & Molnar, 2012).

### 2.2. Inteligență emoțională

Cea mai des întâlnită dispută în literatura actuală o găsim între reziliență și inteligență emoțională. Dacă noile accepțiuni ale termenilor de reziliență și inteligență emoțională tind să îi aducă sub aceeași umbrelă conceptuală, sunt utile diferențierile care pun în valoare caracteristicile specifice fiecărui concept. Inteligența emoțională este definită ca fiind capacitatea individului de a dezvolta și a folosi favorabil meta-emoții, de a opera cu cunoștințele despre emoții



(Mayer, Roberts & Barsade, 2008). Termenul face referire la posibilitatea individului de a identifica, exprima și înțelege emoțiile, de a avea meta-emoții, de a menține sub control atât emoțiile pozitive, cât și pe cele negative (Matthews, Zeidner & Roberts, 2002). O persoană dă dovadă de inteligență emoțională dacă reușește să folosească emoțiile în scopul atingerii rezultatelor dorite.

Reziliența, pe de altă parte, pune în comun factorii individuali și mediul în care persoana se află (Tusaie & Dyer, 2004). Factorii sau caracteristicile care servesc drept suport persoanei aflate în confruntare cu trauma, pot fi atât intrapersonali, cât și relaționați de mediu. De cele mai multe ori, acești factori cuprind caracteristici cognitive precum optimism, inteligență, creativitate, simțul umorului, autoeficacitate specifică. Caracteristicile care definesc persoana rezilientă oferă acesteia un sens al vieții, o structură coezivă a existenței și aprecierea propriei persoane ca fiind unică (Edward & Warelow, 2005).

Reziliența reprezintă o meta-competență care pune în valoare atât oportunitățile din mediu cât și factorii individuali în fața unei situații percepute ca fiind problematică în vederea restabilirii echilibrului. Pentru a face uz de factorii individuali și sociali optimi în raport cu problema întâlnită, trebuie mai întâi ca individul să poată raționa cu privire la complexitatea problemei, cu privire la emoțiile pe care le resimte. Prin urmare, în lipsa unui nivel optim de inteligență emoțională nu putem discuta de reziliență. (Davis, 2009)

### 2.3. Devianță pozitivă

Cea mai nouă dispută în care este angajat termenul "reziliență" aduce în discuție devianța pozitivă. Devianța pozitivă pune în prim plan faptul că orice grup de persoane are anumiți indivizi (devianți pozitiv) care "funcționează" în societate mai bine decât semenii lor. Această funcționare mai bună se datorează atitudinii pe care o au asupra vieții sau strategiilor pe care le folosesc (Spreitzer & Sonenshein, 2004). Asumpția de bază a devianței pozitive este că aceste persoane sunt capabile să îmbunătățească consecințele chiar și într-o situație aversivă. Dacă strategiile folosite de aceste persoane ar putea fi izolate, în sensul de a verifica exact care strategie este utilă într-o situație specifică, alte persoane ar putea beneficia de training specializat pentru a depăși cu succes situații aversive similare. Privind situația din perspectiva teoriilor rezilienței, observăm că individul este comparat cu el însuși, fără a asuma că există o normă a echilibrului emoțional la nivel de populație, la nivel de societate.

## 3. TRASEUL CERCETĂRILOR ÎN DOMENIUL REZILIENȚEI

Cercetările din domeniul rezilienței cuprind patru perioade mari. Studiile de pionierat s-au centrat pe dezvoltarea pozitivă a individului în vederea depășirii situațiilor aversive. Studiile asupra rezilienței au început plecând de la aceste premise.

*Prima etapă a cercetărilor* s-a centrat pe conceptualizarea termenului și construirea instrumentelor de măsurare. Un aspect luat în calcul de cercetările din această etapă a fost diferențierea între indivizii care adoptau strategii de coping adaptativ și

cei care adoptau strategii de coping dezadaptativ în situații problematice. Cercetările au pus în evidență un nivel crescut de consistență în ceea ce privește relațiile interindividuale și resursele care prezic reziliența (Cicchetti & Garmezy, 1993; Rutter, 1987).

*A doua etapă de cercetări* s-a centrat asupra procesului prin care o persoană devine rezilientă. S-a făcut diferențierea între reziliență ca input, output, proces și trăsătură de personalitate. În literatură regăsim reziliența definită în asociere cu outputuri pozitive, cu capacitatea de a reacționa optim în fața factorilor de risc (Rutter, 1990). Pe de altă parte, Cohler (1987) folosește reziliența în relație cu factorii care conduc la consecințe pozitive. Reziliența definită în relație cu factorii de risc a fost aspru criticată, plecând de la premisa că nicio variabilă de sine stătătoare nu poate fi definită ca factor de risc. Valoarea de risc a variabilei apare doar după ce evenimentul a avut loc și este determinată de consecințele situației în cauză. S-au făcut și diferențe dintre reziliența individului și reziliența sistemului. Literatura de specialitate pune la dispoziție o serie de studii care fac referire la reziliența individului. Studiile vizează, în special, populații formate din femei, copii și adolescenți (Olsson, Folke & Berkes, 2004). Totodată, avem o serie de studii care fac referire la reziliența sistemelor. Astfel, Adger în 2003 a publicat despre reziliența socială și ecologică, iar Clauss-Ehlers și Levi în 2002, despre reziliența culturală.

*A treia etapă de cercetări* a adus în prim plan rolul factorilor care prezic sau susțin reziliența. Dintre acești factori, cel mai frecvent specificat sunt stilul parental (Forgatch & DeGarmo, 1999; Wolchik, Sandler, Millsap, Plummer, Greene, Anderson, Dawson-McClure, Hipke & Haine, 2002), angajamentul școlar (Hawkins, Catalano, Kosterman, Abbott & Hill, 1999) și funcțiile executive (Diamond, Barnett, Thomas & Munro, 2007; Rothbart, McCandless, Saccomanno & Posner, 2005).

*Al patrulea val de studii* este unul integrativ, punând în discuție studii genetice, neurocomportamentale și studii experimentale pentru o mai bună înțelegere a conceptului de reziliență (Curtis & Cicchetti, 2007; Masten, 2007; Wright & Masten, 2005). Ultimele studii aduc în discuție polimorfismul genetic ca variabilă moderatoare în situații de risc sau aversivitate (Kim-Cohen & Gold, 2009) și rolul plasticității neuronale în dezvoltarea rezilienței (Curtis & Cicchetti, 2007). Studiile dezvoltării au un rol central în cercetările moderne asupra rezilienței. Strategiile de coping adaptativ, cum ar fi planificarea și rezolvarea de probleme, sunt relaționate cu o capacitate ridicată de a face față cu succes stresului sau traumei (Southwick, Vythilingam, & Charney, 2005). Persoanele reziliente percep nivelul de anxietate ca un instrument prin intermediul căruia evaluează pericolul pentru a decide asupra acțiunilor ce urmează a fi inițiate. La polul opus se află persoanele cu strategii nedezvoltate sau persoanele care nu reușesc să își pună în valoare strategiile de coping dobândite. În cazul acestora, nivelul de stres este ridicat (Folkman & Moskowitz, 2000; Southwick, Vythilingam & Charney, 2005), iar starea de anxietate se menține pentru o perioadă îndelungată de timp.



Optimismul joacă un rol central în viața persoanelor reziliente (Ong, Bergeman, Biscanti, & Wallace, 2006). În fața situațiilor stresante, emoțiile pozitive se amestecă cu cele negative. Emoțiile pozitive sunt cele care reduc nivelul de arousal produs de emoțiile negative și sporesc nivelul de gândire flexibilă, precum și capacitatea de rezolvare de probleme (Folkman & Moskowitz, 2000; Tugade & Fredrickson, 2004). Nivelul de arousal în situații stresante este redus și de calitatea relațiilor în care este angajată persoana. Suportul social ca și variabilă protectivă este asociat cu reinstalarea echilibrului după o situație aversivă. Relațiile sociale de calitate se asociază cu rezultate pozitive în situații de stres (Charuvastra & Cloitre, 2008; DeVries, Glasper & Detillion, 2003; Robles & Kiecolt-Glaser, 2003).

În momentul în care individul intră în contact cu situații de stres, creierul răspunde prin eliminare de catecolamine și alți hormoni ai stresului. Aceștia pregătesc organismul pentru a face față situației în care se află și îl avertizează cu privire la posibilele urmări negative. Variabilitatea interindividuală în ceea ce privește reziliența depinde de măsura în care corpul elimină hormoni ai stresului, depinde de neurotransmițătorii și neuropeptidele implicate în răspunsul la stres.

Istoria cercetărilor din domeniul rezilienței este strâns legată de istoria cercetărilor din domeniul dezvoltării psihopatologiei. Ambele direcții de cercetare urmăresc investigarea problemelor cu care individul se confruntă de-a lungul vieții (Cicchetti, 2006; Masten, 1989, 2006). Cercetătorii interesați de etiologia psihopatologiei au urmărit în egală măsură și dezvoltarea adaptărilor pozitive și negative la situațiile aversive. Cele mai multe cercetări sunt bazate pe studii longitudinale care încep din copilărie sau adolescență – când au loc schimbări rapide. (Vaillant, 2002).

#### 4. PROGRAME PENTRU DEZVOLTAREA REZILIENȚEI

Conform lui Luthar și Cicchetti (2000) (apud Henley, 2010), programele de dezvoltare a rezilienței în rândul tinerilor vulnerabili pot fi oferite în orice stadiu al vieții, iar implicarea profesorilor, a mentorilor sau a congenerilor poate compensa semnificativ lipsa de factori protectivi din alte domenii ale vieții lor. Organizațiile pentru tineri își desfășoară activitățile în comunitate oferind activități de grup care oferă implicare socială structurată și stabilitate socială, coeziune și predictibilitate în viețile lor. De asemenea, studiul lui Grotberg (2001) (apud Henley, 2010) a scos la iveală faptul că reziliența poate fi promovată printr-o varietate de programe și că poate fi adaptată la diferite populații și contexte și au recomandat ca aceasta să fie încorporată în livrarea de servicii pentru copiii care se confruntă cu situații aversive.

Studiile din domeniile epidemiologiei și ale psihopatologiei din perspectiva dezvoltării individului, au relevat un număr de principii pentru ghidarea programelor de prevenție și intervenție în problemele de sănătate publică și ale impactului factorilor de risc și protectivi asupra dezvoltării copiilor și adolescenților (Cicchetti & Cohen, 1995 apud Greenberg, 2006;

Masten, 2001). Greenberg (2006) discută aceste principii concluzionând că la baza problemelor nu stă doar o singură cauză și că traseele care duc la probleme sunt multiple. Astfel, există combinații diferite de factori care duc la una și aceeași problemă, sau aceiași factori pot duce la probleme diferite. Extrapolând la domeniul rezilienței, au fost identificate trei categorii majore de factori protectivi: (a) caracteristicile individuale (ex. optimismul ca trăsătură de personalitate), (b) calitatea relațiilor (ex. suportul familiei) și (c) factorii de mediu (ex. calitatea mediului educațional).

*The Bridge Project* este un program de vară, realizat în afara programului școlar, ghidat de cadrul teoretic al riscului și rezilienței, conform căruia factorii de risc și cei protectivi rezidă la nivel: (a) individual (ex. abilități de rezolvare de probleme, abilități sociale, atitudine pozitivă, temperament), (b) interpersonal/ social (ex. atașament față de părinți, convingeri și valori prosociale, nivel conflictual parental) și (c) de mediu (ex. oportunități pentru educație, angajare, activități prosociale, suport social de la membrii comunității) (Anthony, Alter, & Jenson, 2009). Obiectivul principal al programului a fost acela de a forma tineri eligibili care să fie acceptați la facultățile locale. Beneficiarii programului au fost reprezentați de către tineri care trăiau în condiții socio-economice nefavorabile, în zone în care nivelurile de violență și consum de substanțe erau ridicate, iar oportunitățile pentru activități extracurriculare, scăzute. Astfel, având în vedere factorii de risc la care erau expuși participanții, au fost create obiective și strategii adecvate lor. Strategiile utilizate pentru formarea rezilienței au fost: mentoratul/ tutoriatul, training-uri pentru citit/ tehnice, leadership, oportunități de dezvoltare personală și altele. Obiectivele specifice au constat în: formarea de legături de atașament, abilități academice/ tehnice, valori prosociale, extinderea orizonturilor personale și continuitatea. Rezultatele obținute în rândul participanților la program indică faptul că tinerii expuși la riscuri crescute pot beneficia de un astfel de program, mai ales la nivelul autoeficacității academice și al performanței academice (Anthony, Alter, & Jenson, 2009).

Greenberg și colaboratorii au dezvoltat un curriculum de învățare socio-emoțională denumit *PATHS*, bazat pe principii neuroștiințifice care se concentrează pe promovarea alfabetizării emoționale și a controlului cognitiv eficient, având ca și obiectiv reducerea problemelor comportamentale la copiii preșcolari și din ciclul primar de învățământ (Kusche, & Greenberg, 1994, apud Greenberg, 2006). Acest program se bazează pe modelul ABCD al dezvoltării, care vizează modul în care afectele, comportamentele, cognițiile și limbajul se integrează în cursul dezvoltării. De asemenea, *PATHS* acordă o atenție specială modelelor neurocognitive ale dezvoltării, încercând să învețe copiii să utilizeze în mod conștient strategii de autocontrol. În plus, se face apel și la procesarea verbalizată a acțiunilor care are la bază identificarea și etichetarea verbală a emoțiilor pentru a le putea gestiona. Un exemplu de activitate descris de către Greenberg (2006) este aceea care îi învață pe copii pașii



rezolvării de probleme în contexte sociale. Un alt exemplu de exercițiu este cel al fețelor emoționale pe care copiii le utilizează de-a lungul zilei pentru a-și identifica emoțiile proprii și pe ale celorlalți. Programul s-a dovedit a fi eficient în scăderea frecvenței problemelor de externalizare și de internalizare, precum și în creșterea nivelului de competențe socio-emoționale în rândul copiilor, prin intermediul dezvoltării la nivelul funcțiilor executive (Greenberg, 2006).

Vetter și colaboratorii (2010) au evaluat impactul introducerii unui **program de creștere a rezilienței în rândul tinerilor expuși la traume semnificative** în urma evenimentelor violente ce au avut loc la o școală din Beslan, Ossetia de Nord. O serie de programe a câte o săptămână au fost implementate la 2 ani după evenimentele traumatice. Acestea au constatat în tabere la munte în care tinerii au fost învățați tehnici de supraviețuire, cățărare, schi, campare și altele. Tinerii participanți au fost atât din rândul celor care au experiențiat evenimentele traumatice de la școala din Beslan, cât și tineri care nu le-au experiențiat. Astfel, s-a putut observa că tinerii care au experiențiat evenimentele traumatice au prezentat îmbunătățiri continue ale nivelului de reziliență după 6 luni, spre deosebire de cei „non-traumatizați”, ale căror scoruri au regresat înapoi spre scorurile pretest.

Programul **Salvați Copiii (Save the Children, 2004)** a reprezentat o intervenție la nivelul clasei de elevi din Palestina. Obiectivul a fost achiziția de abilități cognitive și sociale orientate spre reziliență, pentru a-i ajuta să gestioneze mai bine aversitățile continue pe care le întâmpină în mediul conflictual în care trăiesc. Rezultatele programului au utilizat și au identificat ca a fi eficient un număr de factori pozitivi care contribuie la creșterea rezilienței în fața aversității, precum: comunicarea eficientă cu congenerii, încrederea interpersonală, gestionarea emoțiilor vizavi de evenimentele din jur, comportamentele prosoziale, creșterea empatiei și atenției acordate celorlalți, formarea convingerilor că au capacitatea de a-și atinge scopurile și altele. Autorii subliniază faptul că, în situații extrem de stresante, formarea și întărirea speranței susține factorii de reziliență deja existenți și ajută la păstrarea încrederii într-un viitor pozitiv.

Așadar, având în vedere varietatea beneficiarilor, precum și a contextelor și a strategiilor utilizate pentru promovarea rezilienței, se poate concluziona, după cum se sugerează și în literatura de specialitate, că astfel de programe, dacă sunt adecvat contextualizate, pot duce la rezultate pozitive atât în contextul traumei, cât și în cel al prezenței unor factori de risc.

## 5. BIBLIOGRAFICE

Adger, W.N. (2003). "Social capital, collective action and adaptation to climate change". *Economic Geography*, 79, 4, 387-404.

Anthony, E. K., Alter, C. F., & Jenson, J. M. (2009). "Development of a risk and resilience-based out-of-school time program for children and youths". *Social Work*, 54, 45-55.

Brooks, R., & Goldstein, S. (2001). "Raising Resilient Children". New York, NY: Contemporary.

Charuvastra, A., & Cloitre, M. (2008). "Social bonds and posttraumatic stress disorder". *Annu Rev Psychol*, 59: 301-328.

Cicchetti, D. (2006). "Development and Psychopathology". in D. Cicchetti (Ed.), *Developmental Psychopathology (2nd ed.): Theory and Method* (Vol. 1), 1-23. New York: Wiley.

Cicchetti, D., & Garmezy, N. (1993). "Milestones in the development of resilience". *Development and Psychopathology*, 5(4), 497-502.

Clauss-Ehlers, C.S., & Lopez Levi, L. (2002). „Working to promote resilience with Latino youth in schools: Perspectives from the U.S. and Mexico”. *International Journal of Mental Health Promotion*, 4(4), 14-20.

Cohler B.J. (1987) *The invulnerable child*. New York: Guilford Press, 106-144.

Crosnoe, R., & Glen H. E., Jr. (2004). "Family Dynamics, Supportive Relationships, and Educational Resilience during Adolescence." *Journal of Family Issues* 25: 571-602.

Curtis, W. C., & Cicchetti, D. (2007). "Emotion and resilience: A multi-level investigation of hemispheric electroencephalogram asymmetry and emotion regulation in maltreated and non-maltreated children". *Development and Psychopathology*, 19, 811-840.

Davis, M.C. (2009). "Building Emotional Resilience to Promote Health". *American Journal Lifestyle Med*.

DeVries, A.C., Gasper, E.R., & Detillion, C.E. (2003). "Social modulation of stress responses". *Physiology and Behavior*, 79(3): 399-407.

Diamond, A., Barnett, W.S., Thomas, J., & Munro, S. (2007). "Preschool program improves cognitive control", *Science*, 318, 1387-1388. PMID:18048670

Edward K., & Warelow, P (2005). "Resilience: When coping is emotionally intelligent". *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 11 (2):101-102.

Folkman, S., & Moskowitz, J.T. (2000). "Positive affect and the other side of coping". *American Psychologist*, 55, 647-654.

Forgatch, M. S., & DeGarmo, D. S. (1999). "An experimental test of parenting practices as mechanisms of child adjustment in divorcing families". *Society for Research in Child Development Biennial Meeting*, Albuquerque, NM.

Greenberg, M. T. (2006). "Promoting resilience in children and youth. Preventive interventions and their interface with neuroscience". *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 139-150.

Henley, R. (2010). "Resilience enhancing psychosocial programmes for youth in different cultural contexts: Evaluation and research". *Progress in Development Studies*, 10, 295-307.

Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Kosterman, R., Abbott, R., & Hill, K. G. (1999). "Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood". *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 153(3), 226-234.

Jain, S., Buka, S. L., Subramanian, S. V., & Molnar, B. E. (2012). "Protective Factors for Youth Exposed to Violence : Role of Developmental Assets in building



- emotional resilience". *Youth Violence and Juvenile Justice*. in press.
- Kim-Cohen, J., & Gold, A. L. (2009). "Measured gene-environment interactions and mechanisms promoting resilient development". *Current Directions in Psychological Science*, 18, 138-142.
- Luthar, S. (2000). "The construct of resilience: a critical evaluation for future work", *Child Development*, Vol. 71 No. 3, pp. 543-62.
- Masten, A.S. (1989). "Resilience in development: Implications of the study of successful adaptation for developmental psychopathology". In D. Cicchetti (Ed.), *The emergence of a discipline: Rochester symposium on developmental psychopathology* (Vol. 1, pp. 261-294). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Masten, A. S. (2001). "Ordinary magic: resilience processes in development". *American Psychology*, 56, 227-238.
- Masten, A. S. (2006). "Developmental psychopathology: Pathways to the future". *International Journal of Behavioral Development*, 31, 46-53.
- Masten, A. S. (2007). "Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises". *Development and Psychopathology*, 19, 921-930.
- Matthews, G., Zeidner, M., & Roberts, R. (2002). "Emotional Intelligence: Science and myth". Cambridge.
- Mayer, J.D., Roberts, R.D., & Barsade, S.G. (2008). "Human abilities: emotional intelligence". *Annual Review of Psychology*, 59, 507-536.
- Olsson, P., C. F., & Berkes, F. (2004). "Adaptive co-management for building social-ecological resilience". *Environmental Management*.
- Ong, A. D., Bergeman, C. S., Wallace, K. A., & Bisconti, T. L. (2004). "The role of daily positive affect in the resilience process". Paper presented at the Society for Research in Adult Development Annual Conference. San Diego, CA.
- Robles, T. F., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2003). "The physiology of marriage: Pathways to health". *Physiology and Behavior*, 79, 409-416, PubMed.
- Ronel, N., & Hamoiff-Ayali, R. (2009). "Risk and Resilience: The Family Experience of Adolescents With an Addicted Parent". *Int J Offender Ther Comp Criminol June 2010* 54: 448-472, first published on March 6, 2009 doi:10.1177/0306624X09332314.
- Rothbart, M. K., Sheese, B. E., & Posner, M. I. (2007). "Executive attention and effortful control: Linking temperament, brain networks, and genes". *Child Development Perspectives*, 1, 2-7.
- Rutter, M. (1987). "Psychosocial resilience and protective mechanisms". *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 57, pp. 316-31.
- Rutter, M. (1990). "Psychosocial resilience and protective mechanisms". *Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology*, Cambridge University Press, New York, NY.
- Rutter, M. (1993). "Resilience: some conceptual considerations". *Journal of Adolescent Health*, vol. 14, pp. 598-611.
- Save the Children. (2004). "Classroom based Intervention: Impact evaluation. Save the Children. Disponibil".  
<http://www.savethechildren.org/publications/technicalresources/education/CBIImpactEvaluation.pdf>.
- Southwick, S. M., Vythilingam, M., & Charney, D. S. (2005). "The psychobiology of depression and resilience to stress: Implications for prevention and treatment". *Annual Review of Clinical Psychology*, 1 (1), 255-291.
- Spreitzer, G., & Sonenshein, S. (2004). "Toward the construct definition of positive deviance". *Applied Behavioral Scientist*, 77(6): 838-847.
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). "Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences". *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 320-333.
- Tusaie, K., & Dyer, J. (2004). "Resilience: A historical review of the construct". in *Holistic Nursing Practice*.
- Vaillant, G. (2002) *Aging well*. Boston: Little, Brown and Co.
- Vetter, S., Dulaev, I., Mueller, M., Henley, R., Gallo, W., & Kanukova, Z. (2010). "Impact of resilience enhancing programs on youth surviving the Beslan school siege". *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 4, 1-11.
- Werner, E. E. (1971). "The children of Kauai: a longitudinal study from the prenatal period to age ten". *Honolulu: University of Hawaii*
- Werner, E., & Smith, R. (1989). "Vulnerable but Invincible: A Longitudinal Study of Resilient Children and Youth". McGraw-Hill, New York, NY.
- Wolchik, S. A., Sandler, I. N., Millsap, R. E., Plummer, B. A., Greene, S. M., Anderson, E. R., Dawson-McClure, S. R., Hipke, K., & Haine, R. A. (2002). "Six-year follow-up of a randomized, controlled trial of preventive interventions for children of divorce". *Journal of the American Medical Association*, 288, 1874-1881.
- Wright, M.O., & Masten, A.S. (2005). "Resilience processes in development: Fostering positive adaptation in the context of adversity". in S. Goldstein & R.B. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (pp. 17-37). New York: Springer



## „ÎMBRĂȚIȘÂND SCHIMBAREA”: ÎN CĂUTAREA SENSULUI VIEȚII

GABRIELA DIMA, MIHAELA DANA BUCUȚĂ

Universitatea „Transilvania” Brașov, România, ela.dima@yahoo.com  
Universitatea „Lucian Blaga” Sibiu, România, bucutamihaela@yahoo.com

### ABSTRACT:

Lucrarea abordează o temă existențială, cea a sensului vieții, privită din perspectiva nevoii de creștere personală și autoactualizare. Una dintre căile de clarificare și integrare a sensului vieții personale o reprezintă psihoterapia, a cărei esență este schimbarea. Prima parte a lucrării reprezintă o introducere și circumscriere teoretică a conceptelor de „sens al vieții” și „schimbare terapeutică”. Partea a doua ilustrează prin rezultatele unui studiu calitativ realizat prin metoda analizei interpretativ – fenomenologice modul în care psihodrama ca metodă de psihoterapie prin acțiune duce la transformare, la „regăsire” a sinelui autentic și a drumului în viață.

**Cuvinte cheie:** psihodramă, schimbare terapeutică, sensul vieții, sinele autentic

### 1. INTRODUCERE

Viața ne este dată, însă sensul și valoarea ei o dă omul prin atitudinea sa. Preocupările legate de sens au rădăcini vechi în religie, filosofie (ex. Nietzsche, Sartre), literatură (ex. Tolstoi, A. Camus), psihoterapie (ex. C.G. Jung, I. Yalom, V. Frankl). O dovadă a interesului crescut pentru tema sensului vieții este felul în care a fost primită cartea lui Viktor E. Frankl „*Omul în căutarea sensului vieții*”, re-publicată de peste 70 de ori în engleză, tradusă în 19 limbi și vândută în peste două milioane și jumătate de exemplare doar în limba engleză, succes explicat de autor astfel: „...nu văd atât de mult o realizare sau un succes personal, cât mai degrabă o expresie a suferinței vremurilor noastre: dacă sute de mii de oameni întind mâna către o carte al cărei titlu promite să dea un răspuns la chestiunea sensului vieții, probabil că această chestiune este una care îi pune pe jar” (Frankl, 2009:13). Pierderea sau lipsa de sens a vieții este frecvent întâlnită în activitatea clinică, însă, din nefericire, există foarte puține cercetări sistematice (Yalom, 2010).

Lucrarea de față își propune să arate contribuția metodei terapiei psihodramatice, fundamentată în teorii ale acțiunii și spontaneității (Moreno 2008, 2009), la autoactualizare, regăsirea sinelui autentic și a drumului în viață.

### 2. ASPECTE TEORETICE

#### Sensul vieții

În psihoterapie sensul vieții este tema centrală a psihoterapiei existențiale și logoterapiei, dar ea poate face subiectul oricărei terapii, în măsura în care este adusă în discuție de clientul prins într-o criză a sensului. Întrebările îmbracă forme diverse precum: Care e sensul vieții? Care e sensul vieții mele? De ce suntem aici? Cum să trăim? Irvin Yalom (2010:490) face distincție între „sensul cosmic” și „sensul pământesc”: sensul pământesc („sensul vieții mele”) se referă la scop, un țel suprem sau țeluri cărora persoana se dedică; sensul cosmic implică existența unui plan extern, superior și se referă la ordinea spirituală din univers.

Viktor Frankl (2009:124) descrie trei căi - creativă, experiențială și atitudinală - pentru găsirea sensului în viață: (1) creând sau înfăptuind ceva, (2) experimentând ceva (ex. bunătatea, adevărul, frumosul, cultura) sau cunoscând pe cineva, (3) prin atitudinea pe care o avem în fața unei suferințe inevitabile (ex. sensul sacrificiului). Aceste surse de sens le regăsim la Yalom (2010) ca altruism, dedicarea pentru o cauză, creativitate, soluția hedonistă, autoactualizarea, transcenderea de sine. Hedonismul și autoactualizarea diferă de celelalte prin faptul că vizează propria persoană, în timp ce restul reflectă o trecere mai departe, peste propriul interes, către ceva sau cineva aflat dincolo de propria persoană. După Frankl (2009:123) sensul vieții trebuie descoperit mai degrabă în lume, decât în interiorul omului: „cu cât omul se uită mai mult pe sine dăruindu-se unei cauze pe care o slujește sau unei persoane pe care o iubește, cu atât este mai om și se actualizează mai mult pe sine”.

În final, transcenderea de sine, orientarea spre lume și ceilalți se întorc sub forma unui sentiment pozitiv al sensului în viață.

#### Schimbarea terapeutică

„Cheia producerii schimbării este perlaborarea rezistențelor pentru a produce schimbare” afirma Yalom în tratatul său de psihoterapie de grup (Yalom, Leszcz 2008:167).

Settingul psihodramatic implică persoana în toată globalitatea sa, în mod holistic. În psihodramă corpul găsește un spațiu propriu. Psihodrama oferă spațiu și minții, prin reprezentările mentale sănătoase, utile, prin caleidoscopul de roluri pe care protagonistul le experimentează. Mecanismele schimbării în psihodramă constau în facilitarea expresivității, ruperea scenariului, stimularea unei relații interactive «eu actor» - «eu observator», restructurarea teatrului intern individual. Rezultatul evolutiv al mecanismelor expresivității și acțiunii este reprezentat printr-un progres spre comportamente și modalități relaționale din ce în ce mai variate, creative și individuante (Boria, 2005).



Schimbarea terapeutică promovează repere și reguli noi ce vor schimba în final cadrul de referință ce alimenta problema clientului; devine astfel posibilă găsirea de alternative comportamentale sau referențiale la problemele cu care clientul a venit în terapie (Dafinoiu, 2000).

Psihodrama oferă ocazia de a externaliza reprezentările mentale ale persoanei în relație cu ceilalți ca teatru al lumii interne; clientul este încurajat să își asume responsabilitatea deciziilor sale.

Mecanism central ce generează schimbarea terapeutică, mecanismul inversiunii de rol este descris de Moreno ca *„energie investită în imaginile interne”*. Accentul este pus pe internalizarea unui obiect bun ca bază a creșterii unui eu independent și integrat (Moreno, 2009). Valoarea terapeutică a inversiunii de rol structurează și integrează procesul interpersonal, conducând individul spre ieșirea din izolare și disociere, reducând apărările prin identificare și proiecție, accelerând procesul de separare - individuare absolut necesar dezvoltării.

Cercetările asupra procesului și rezultatelor terapiei arată că între terapeuți și clienții lor există adesea diferențe în ceea ce privește aprecierea principalilor factori care contribuie la succesul terapeutic. Astfel, dacă terapeuții tind să atribuie succesul tehnicilor lor, clienții accentuează în special importanța relației terapeutice și a calităților personale ale terapeutului (Yalom, 2010; Lambert, 2010). Întărind îndemnul lui Yalom *„ascultă-ți clientul”* studiul de față își propune să dea voce și sens experienței clienților.

### 3. METODOLOGIA CERCETĂRII

Designul cercetării este calitativ și folosește metoda analizei interpretativ-fenomenologice (IPA), dezvoltată la finalul anilor '90 de către Jonathan Smith (1996), cu aplicații inițiale în domeniul psihologiei clinice și al sănătății. IPA recunoaște rolul principal al analistului în a acorda semnificație experienței, specificul metodei fiind acela de a da voce și sens participanților la studiu, aceasta conducând la o înțelegere profundă a fenomenelor explorate.

Întrebările studiului de față sunt: Cum trăiesc membrii unui grup de terapie schimbarea? Ce sens dau schimbării? Cum poate ajuta psihodrama la căutarea sensului vieții?

Smith (Smith, Osborn, 2008) recomandă dimensiunea mică a lotului de cercetare (6 - 10 participanți), care poate oferi o perspectivă suficientă dacă este adecvat selecționat. Studiul de față s-a realizat pe un lot de 6 adulți, femei<sup>1</sup> cu vârste cuprinse între 25 - 45 de ani, studente sau absolvente de psihologie, care aspiră să se dedice unei activități în sprijinul oamenilor. Motivația participării la grupuri de dezvoltare personală / terapie este dată de preocuparea pentru rezolvarea unor probleme personale existențiale, autocunoaștere și dezvoltare personală. Participantele

la studiu au parcurs în medie 24 de sesiuni de psihodramă (frecvență săptămânală). Datele au fost culese prin metoda interviului fenomenologic semistructurat, după încheierea grupurilor de psihodramă din care au făcut parte.

Limitele cercetării sunt date de însăși utilizarea metodei analizei interpretativ-fenomenologice, și anume inabilitatea metodei de a explica cauzele sau originile acestor experiențe, dar și de subiectivitatea analizei datorată cercetătorilor.

### 4. REZULTATE

În urma analizei IPA a rezultat o matrice formată din cinci teme principale: (1) experiența de grup, (2) traseul terapeutic, (3) experiența schimbării, (4) sinele autentic, (5) experiența terapiei și metodei psihodramei.

Întrucât terapia urmărește schimbarea și autoactualizarea, în continuare vor fi detaliate tema trei *„experiența schimbării”*<sup>2</sup> și tema patru *„sinele autentic”*<sup>2</sup>, fiind principalele teme care ilustrează travaliul căutării de sine.

Tema *„experiența schimbării”* (tabelul 1) este descrisă printr-o serie de elemente ca: transformare, insight și clarificare, încredere și forță personală, învățare experiențială, *„Eu înainte”* și *„Eu acum”*, ritmul propriu, impactul schimbării.

Tabelul nr. 1 Tema trei din matricea de teme IPA

Tema 3: Experiența schimbării <i>„Altfel văd totul”</i>	▪ Transformare
	▪ Încredere și forță personală
	▪ Insight, clarificare
	▪ Învățare experiențială: <i>„Am învățat să...”</i>
	▪ Ritmul propriu
	▪ Impactul schimbării
	▪ <i>„Eu înainte”</i> vs. <i>„Eu acum”</i>

Pentru toate participantele la studiu, terapia a însemnat o perioadă intensă de lucru cu sine și transformare interioară explicată de Flavia<sup>3</sup> astfel: *„Mmm...pentru mine a fost o perioadă de... de transformări foarte intense [...] am și luat niște decizii foarte personale, adică foarte aproape de ceea ce sunt eu în perioada asta. Am așa impresia că am trăit foarte concentrat în perioada asta, datorită dezvoltării personale”. Analiza personală, clarificările și insight-urile din timpul terapiei produc schimbarea: „...de atunci am simțit și schimbarea [...] Când am pus în scenă copacul care era foarte foarte încărcat (cu zăpadă) și mă simțeam atât de încărcată și simțeam că nu mai pot să duc încărcătura aia și că... tre să se întâmple ceva să se topească tot ce m-a ținut pe mine așa închisă în mine și chiar rece față de ceilalți și neimplicată”* (Otilia). Transformarea de care vorbesc participantele este una de profunzime, care eliberează un potențial uman reprimat sub influența

<sup>1</sup> Lotul a inclus numai femei din lipsa disponibilității subiecților de gen masculin care să fi participat la grupuri de dezvoltare personală în perioada în care s-a realizat cercetarea, fără să se urmărească de fapt o imagine diferențiată pe genuri

<sup>2</sup> Au fost selectate numai aceste 2 teme din matricea IPA din motive de spațiu limitat de prezentare

<sup>3</sup> Numele persoanelor au fost schimbate din motive de confidențialitate și anonim



problemelor și presiunilor vieții: „Am început să mă valorizez, pentru că, dacă aceste persoane care nu m-au cunoscut au văzut aceste calități la mine, înseamnă că eu le am. De unele nu eram conștientă, și dacă le am atunci... să le aduc la lumină, să le scot de acolo unde le aveam îngropate [...] E ca și cum aici am descoperit, acele părți pozitive din mine...” (Maria). Contactul cu părțile luminoase, cu forța personală și punerea ei în mișcare au dus la creșterea încrederii în sine și sentimentul valorii personale - „am început să mă valorizez” - în cazul tuturor persoanelor din grup, printre care și Crina care mărturisește că: „mi-a schimbat un pic cursul vieții [...] m-a ajutat să fiu altă persoană [...] Devii alt om, te cunoști pe tine însuși mai bine, capeți încredere și putere în tine”.

Terapia aduce oamenii în contact cu probleme de natură existențială personale și ale celorlalți din grup. Sunt exprimate și împărtășite experiențe de viață și trăiri afective puternice din care fiecare are ceva de învățat. Otilia ne arată varietatea temelor abordate: „...legat de relaționarea cu părinții, de partener, de moarte... au fost teme foarte diverse și mie de fiecare dată îmi dădea de gândit cu privire la viața mea. [...] Experiența morții unei persoane apropiate sau traume din copilărie... eu nu le-am trăit, dar am simțit acolo prin ce au trecut acele persoane, și mă gândesc dacă voi ajunge să fac și eu terapie și să treacă clienții prin acele lucruri poate... voi înțelege mai bine.” Această învățare experiențială a ajutat-o pe Crina în multe aspecte personale: „aicea am învățat să (ostează)... să mă descarc, să mă controlez pe dinăuntru, să îmi pun întrebări care înainte nu mi le puneam...”. Pentru Ioana terapia a însemnat că „la fiecare ședință învățăm alt lucru, să nu mai dramatizez, să încerc să găsesc o soluție, să nu iau o decizie pe loc, să am răbdare...”.

Deși schimbări au avut loc în fiecare, ritmul și profunzimea lor diferă, după cum ne semnală și Maria: „este o vindecare atât cât îi permite momentul... momentul respectiv. Acum ești dispus... se poate mai mult, dacă se poate... atât de mult cât se poate, dacă nu... data viitoare”. Irina admite că „la unele am început să lucrez, pe unele încă trebuie să le mai accept”.

Beneficiile terapeutice raportate de participantele la studiu vizează stima de sine, comunicarea emoțiilor, empatie, autocontrol, capacitatea de a lua decizii, creșterea puterii personale, spontaneitate, acceptarea diferențelor dintre oameni, eliminarea prejudecăților etc. Întrucât schimbarea a ajuns să fie vizibilă pentru cei din jur, ca în cazul relatat de Iuliana, sunt șanse mari ca impactul terapiei să fie de durată: „Am început să mă schimb [...] nu știu dacă neapărat a fost o schimbare bruscă, dar s-a simțit și între prietenii mei și în familia mea [...] Spuneam ce aveam pe suflet, spuneam în momentul în care aveam ceva pe suflet, nu așteptam să treacă o perioadă, eram liberă, gesticulam după cum simțeam [...] se uitau așa un pic ciudat la mine... eu aceea care niciodată nu spuneam nimic, niciodată nu-mi exprimam sentimentele, gândurile...”.

Sub-tema „Eu înainte” vs. „Eu acum” surprinde miezul schimbării care a avut loc, prin comparația

dintre cele două Eu-uri. Crina surprinde global schimbarea și spune că „m-am născut a două oară... dar altfel de om”. Onelia sintetizează schimbarea astfel: „am reușit să ies din partea aia întunecată în care mă simțeam prinsă și fără scăpare și fără puțința de a ieși singură [...] a ieși de acolo, a vedea și cealaltă parte luminoasă care și ea era în mine [...] a avea bucuria redescoperirii lumii și a celorlalți și a realității și a ceea ce e în afara mea, pentru că eram prea concentrată numai legat de ce e în mine [...] cei apropiați mă vedeau cum sunt, iar acum pot să vadă că-s veselă, că-s...nu știu cum... fericită. Eu așa mă simt: fericită”.

Ioana evocă activitatea care i-a permis să reflecteze la evoluția ei prin terapie, fiind „șocată” după cum spune ea de ritmul creșterii personale: „a trebuit să reprezentăm oarecum drumul nostru în acele ședințe și... atunci am analizat cât de mică și neînsemnată eram înainte și cât de mult am evoluat într-un an de zile. Era șocant oarecum pentru mine să văd cum eram înainte și cât de mult am reușit să mă schimb într-un an de zile pentru că... adică eu în cinci ani de zile am clădit niște ziduri și acum în câteva luni de zile s-au dărâmat toate și iată-mă sunt eu din nou.” A fi din nou „EU” pare să fie un leitmotiv și un rezultat principal al terapiei pentru toate participantele la studiu. Tema „sinele autentic” (tabelul 2) este descrisă prin sub-temele: întâlnirea autentică cu sine, „am redevenit EU, acceptare de sine, „merg pe drumul meu”.

Tabelul nr. 2 Tema a patra din matricea de teme IPA

Tema 4: Sinele autentic „Am redevenit EU”	Intâlnirea autentică cu sine: „Am avut curajul să fiu eu”
	„Am redevenit EU”
	Acceptare de sine
	„Merg pe drumul meu”

Intâlnirea autentică cu sine este favorizată în grupul de terapie de climatul emoțional de securitate, încredere și suport afectiv care se dezvoltă după ce cad barierele și anxietățile specifice începutului: „Acolo m-am putut manifesta și am putut să fiu văzută așa cum sunt eu în realitate [...] amintirea asta... a faptului că poți să te arăți unor oameni și să te descoperi împreună cu ei așa cum ești tu (plânge)...” (Maria). Grupul de terapie este un loc de autocunoaștere prin întâlnirea cu ceilalți, dar mai ales cu sine: „Mă vedeam prin ochii lor și îmi dădeam seama că de fapt sunt aceiași persoană... și eu însumi și eu văzută prin ochii celorlalți... și oarecum îmi ridica moralul și îmi dădea curaj să fiu eu, să nu... să nu m-ascund” (Ioana).

Sub-tema „Am redevenit EU” ne arată semnificația sentimentului de a fi în acord cu sine și împlinirea care decurge de aici, ilustrate de cuvintele Ioanei: „Pot să spun că am redevenit eu [...] aceea persoană cu curaj, cu încredere în sine, fără teamă de a fi judecată. Acuma sunt, sunt pur și simplu, mă simt liberă să spun ce simt, ce trăiesc [...] sunt pur și simplu EU. Cred că acesta a fost cel mai mare beneficiu. Să mă accept eu așa cum sunt... fără să mă



ascund de mine". De fapt, acesta este unul din scopurile terapiei, de a ajuta persoanele să se simtă în armonie în cu sine: „Am văzut-o (terapia) ca pe o modalitate de a-mi vedea viața și de a redeveni eu, pur și simplu prin a-mi retrăi viața mea sau a trăi sentimente și gânduri și trăiri ale altor colegi” (Maria). Un element important care trebuie să însoțească re-cunoașterea de sine și dezvăluirea autentică este acceptarea de sine, pe care o putem identifica la Flavia (dar nu numai la ea): „S-a schimbat ceva și aa...a fost la un moment dat (râde)... mi-am dat voie să fiu eu. La modul că la un moment dat mama mea a spus acasă: «Doamne, ești ca un circ, ești ca un spectacol pe stradă!» Eram foarte viu îmbrăcată, foarte viu colorată și... foarte relaxată [...] Cred eu că m-am întâlnit eu cu mine într-o modalitate nouă și [...] am avut curajul să fiu eu; m-am acceptat mult mai frumos pe mine. Chiar așa am simțit”.

Ultima sub-temă intitulată „Merg pe drumul meu” vine ca un corolar al schimbărilor care au avut loc în timpul terapiei: „Am câpătat din nou încredere că eu știu într-un fel cum sunt și ce e în mine [...] mi-a dat într-un fel aripi așa ...ca să fac lucrurile pe care-mi doresc să le fac și să fac schimbările în viața mea care doresc să le fac și să mă dezvolt în direcția aia pe care simt” (Onelia). O altă participantă la studiu arată parcursul ei de la cufundare și absorbire în propria situație - problemă de viață, constrânsă pe o cale, la eliberare și afirmare de sine în direcția aleasă de ea: „A fost problema care m-a... m-a marcat...parcă n-am mai fost eu, a fost numai situația asta [...] nu știam cine sunt [...] Într-un fel m-am eliberat de o mare parte din greutate și... într-adevăr mă consider acum o ființă liberă și merg pe drumul meu. Nu este acela drumul meu pe care încercă cineva să mi-l impună. Este acesta drumul meu” (Maria). Cu adevărat a găsi sensul și direcția personală în viață și a avea curajul asumării drumului propriu este echivalentul autoactualizării și premisa împlinirii de sine.

## 5. DISCUȚII

Nivelul al doilea de interpretare, conform normelor de realizare a analizei interpretative fenomenologice (Smith, Osborn, 2008), constă în încercarea de a da sens relatărilor participantelor la studiu și de a face legătura cu alte rezultate din literatura de specialitate, subliniind în același timp că scopul acestui studiu nu a fost acela de a produce descoperiri generalizatoare.

Psihodrama ca metodă de terapie de acțiune pune în joc persoana în globalitatea sa, atât mental cât și corporal, activându-se astfel lumea internă, adică acele conținuturi care pot fi recunoscute și comunicate în forme expresive adaptate. Una din participante la studiu sublinia valoarea jocului psihodramatic prin puterea de a fii regizorul propriei vieți: „Îți dă voie să te joci în primul rând... îți dă voie să te joci cu viața ta și s-o așezi cum vrei tu...ca lucrurile să fie mai ușoare și să le poți modela” (Flavia).

Dintre mecanismele care sunt activate în grupul de psihodramă și care au capacitatea să declanșeze și să alimenteze procese psihologice semnificative care produc schimbări în modul de funcționare al

persoanelor fac parte expresivitatea, relația interactivă ‘eu actor’ - ‘eu observator’, ruperea scenariului și restructurarea teatrului intern individual (Boria, 2005). Munca psihodramatică a stimulat schimbarea tocmai prin eficiența cu care a reușit să producă expresivitatea unei lumi profunde și ascunse.

Experiența utilizării unei game cât mai largi de modalități expresive a ajutat persoanele să dea o formă mult mai clară și mai completă a ceea ce vor ele să arate, ajutându-le să-și recunoască atât zonele întunecate, cât și aspectele luminoase, caracteristice, specifice modului lor de a fi din întâlnirea cu ceilalți. Experiența de a fi un copac încărcat cu zăpadă, descrisă de Otilia a ajutat-o să-și clarifice lucrurile de care trebuia să se elibereze în viața sa. Absorbită de propriile probleme a rămas în „partea aia întunecată... prinsă și fără scăpare și fără puțința de a ieși singură”. În astfel de situații Frankl (2009) propunea mutarea privirii în altă parte, „transcenderea de sine” și a suferinței prin schimbarea accentului de la sine la ceilalți. Ceea ce psihodrama i-a oferit Otiliei prin rolul de „spectator” la problemele existențiale ale colegilor, precum moartea, divorțul, traume din copilărie etc. Suportul afectiv oferit colegilor în aceste situații prezentate scenic activează dimensiunea altruistă a persoanei care brusc nu mai este centrul preocupărilor sale. Altruismul și factorii existențiali fac parte din lista factorilor curativi în terapia de grup identificați în cercetările conduse de Yalom și echipa sa (Yalom, Leszcz, 2008; Yalom, 2010).

Aici poate fi menționat și factorul învățării interpersonale care favorizează schimbarea în terapie (Yalom, Leszcz, 2008). Grupul a oferit „laborator” experiențial în care participanții au dezvoltat abilități de comunicare, autocontrol, luarea deciziilor și altele. „Învățarea” în psihodramă este stimulată și de relația interactivă dintre ‘eul actor’ și ‘eul observator’ (Boria, 2005). O persoană poate să funcționeze într-un mod satisfăcător atunci când Eul actor și Eul observator reușesc să se împletească armonios. Metoda psihodramatică mobilizează Eul actor - locul emoțiilor, senzațiilor, contactului, memoriei afective/corporale - și apoi Eul observator - care are sarcina de a reflecta, defini, memora și comunica cu ceilalți. Eul observator este cel care a reflectat asupra acțiunii scenice și a rolurilor asumate fie în scene din propria viață (ca protagonist), fie în scene din viețile celorlalți membri de grup (ca Eu, auxiliar) (Boria, 2005), facilitând procesul cunoașterii și schimbării personale.

Pe măsură ce s-au deschis mai mult față de toate experiențele pe care le-au trăit (inițial în mediul securizant oferit de grup, apoi prin extindere în viața reală), participantele la studiu au văzut și probat că pot avea încredere tot mai mare în reacțiile lor. Dacă au „simțit” să-și exprime dezacordul sau furia, au făcut-o și au constatat că o fac satisfăcător, învățând să fie în egală măsură receptive la toate celelalte nevoi și dorințe ale lor de afecțiune, apartenență și relaționare. Cu uimire și satisfacție realizează apoi „cât de demne de încredere au fost reacțiile lor interne pentru producerea comportamentului satisfăcător” (Rogers



2008:271). Ca un corolar au definit natura schimbărilor de la „Eu înainte” la „Eu acum”.

Un alt mecanism cu rol în schimbare numit de Boria (2005) „ruperea scenariului” este menționat de Maria când face referire la „*a redeveni eu, pur și simplu prin a-mi retrăi viața mea și a trăi sentimente și gânduri și trăiri ale altor colegi*”. Situația psihodramatică în care într-adevăr se produce inevitabil ruperea scenariului și apare la lumină, cu forța, în interiorul persoanei un nou adevăr este cea creată prin aplicarea tehnicii inversiunii de rol. Dintre tehnicile psihodramei, inversiunea de rol s-a dovedit a fi una dintre cele mai eficiente conform rezultatelor studiului meta-analitic condus de Kipper și Ritchie (2003).

La dezvoltarea Ioanei au contribuit identificările proiective și tehnica oglinzii (Moreno, 2009) care i-au permis să se vadă în ceilalți și prin ochii celorlalți, astfel întâlnindu-se de fapt cu sine. Un grad mai mare de autocunoaștere a fost atins și menționat de toate participante la studiu.

Un efect special al expresivității în munca psihodramatică este legat și de un aspect comun al psihodramei și al teatrului: ambele se constituie într-o situație în care „*ești privit*” când ești actor și „*privești*” când ești spectator (Moreno, 2008). Această particularitate „teatrală” a psihodramei, unde este posibil să fii actor și spectator în mod alternativ, face din exprimarea de sine un fapt „public”. Boria (2005) consideră că persoana care se exprimă cu libertate într-un context grupal va trăi o experiență de esență vitală, de „a fi”, „a exista”. Această experiență este regăsită la toate participante la studiu; au ajuns la libertatea de a se exprima liber, „neascuns” în grup, la curajul de a fi „EU”. Regăsirea celui „EU” pierdut în confruntarea cu viața și suferința are un efect profund eliberator.

Psihodrama stimulează resursele spontane și creative cu care fiecare este înzestrat. Moreno (2009) a identificat acest motor interior al schimbărilor intrapsihice și al deblocării creativității ca fiind spontaneitatea. Terapia moreniană în sine este o terapie pozitivă, optimistă care creditează individul ca fiind capabil să-și îmbunătățească creator propria viață atunci când se eliberează de anxietate, manifestându-se spontan și intrând în relații autentice cu sine și cu ceilalți (Boria, 1991).

Analiza și interpretarea datelor arată că autenticitatea sinelui este esența la care au ajuns participante în urma terapiei, esență relevată de lungul și dificilul proces al actualizării sinelui.

Un numitor comun al acestei experiențe este schimbarea la nivelul unei atitudini de bază, fundamentale: diminuarea sentimentului de vinovăție, a rușinii și anxietății. Doar așa devine apoi posibilă recunoașterea și recuperarea acelor „părți de sine” de mult uitate sau repudiate. În final, ceea ce toate participante experimentează și relatează ca fiind esențial în schimbarea personală este autoacceptarea.

Sentimentul de „regăsire de sine”, de întâlnire și expresie autentică a sinelui este posibil ca urmare a cunoașterii de sine, a înțelegerii de sine și în final acceptarea de sine cu toate neajunsurile ei. Pentru participante la acest studiu, „a accepta” a însemnat

mai mult decât „a tolera” și „a te desemna”; acceptarea incluzând curajul de a se recunoaște și accepta ca fiind imperfecte. Așa cum spunea Andre Cristophe (2009:91) „*Nu vinovat, nu jalnic, ci imperfect!*”.

Discrepanțele față de imaginea ideală, sunt tolerate și acceptate fără să mai determine sentimente de rușine, anxietate, lipsa valorii ș.a., realitatea ajunge să fie văzută cu mai multă claritate. În final, natura umană începe să fie văzută și acceptată „*asa cum este și nu asa cum ar prefera ele să fie*” (Maslow 2007:270). Actualizarea și exprimarea sinelui autentic are drept consecințe un comportament mai liber, firesc și spontan, eliberând participantele de o conduită care înainte (înaintea experienței terapeutice) le cerea un efort susținut (Maslow, 2007).

Contactul cu și eliberarea puterii personale a celui „EU” regăsit reprezintă din perspectiva existențială una dintre sursele de sens personal. Aceasta este autoactualizarea, credința că oamenii trebuie să caute să se autoactualizeze și să se dedice realizării potențialului înăscut (Yalom 2010:505). Este cazul acelor participante care au încheiat terapia cunoscând și asumându-și responsabilitatea drumului personal în viață. După Martin Seligman (2002, 2011) „fericirea autentică” este o combinație a trei elemente: emoții pozitive, angajamentul în „aici și acum-ul” fiecărei activități (trăirea în prezent) și sensul vieții (un sens care transcende propria ființă).

## 6. CONCLUZII

Experiența psihoterapeutică este una transformatoare; schema de viață, văzută ca și construcție autobiografică (Thompson, Janigian, 1988) suferă modificări în timpul travaliului psihoterapeutic, în sensul obținerii sentimentului de control și finalitate în propria viață. Relatările participantelor arată cum treptat își construiesc un nou context în care evenimentele trăite devin comprehensibile, iar consecințele lor pot fi evaluate, devenind astfel un puternic generator de sens (Rime, 2007).

Psihodrama oferă un cadru securizant (grupul și settingul psihodramatic) și instrumente concrete (inversiunea de rol, dublul, oglinda etc.) care permit participanților să pună corect întrebări fundamentale, să facă alegeri în acord cu un sinele redescoperit și trăit ca fiind autentic și să găsească astfel un sens *personal* al propriei vieți.

Găsirea unui sens, descoperirea unei semnificații a propriei experiențe de viață, pe de o parte reduc semnele psihologice și fiziologice ale stresului (Yalom, Leszcz, 2008), iar pe de altă parte aduc valoare vieții.

Studiul nostru arată cum psihodrama facilitează descoperirea și trăirea sinelui autentic și activează resursele de sens, ajutând persoanele să găsească ele însele „*un fir esențial în absența căruia viața pare fadă și absurdă*” (Fanget, 2008). Mai mult, persoanele descoperă și învață că autoacceptarea și autorealizarea conduc în final nu doar la recunoașterea vieții ca fiind în continuă schimbare, ci și la un nou mod de a se raporta la aceasta.

Recăștigarea valorilor personale de afirmare, lupta individuală de definire a sensului vieții conduce



treptat spre conturarea unui proiect de viață care include schimbarea și adaptarea superioară la schimbare. Având un proiect, tot ceea ce se întâmplă va avea un sens, chiar și atunci când sensul nu este pozitiv (Csikszentmihalyi, 2008).

Rezistența la schimbare poate fi (și este astfel) înlocuită cu „îmbrățișarea schimbării” doar în condițiile găsirii unui sens și acordării unei semnificații: sensul se dovedește însă a nu fi ceva static, ci o „dinamică ce se transformă fără încetare” (Fanget 2008:12), tinzând spre ceea ce Seligman (2011) definea ca fiind „fericirea autentică”.

## 7. BIBLIOGRAFIE

- Andre, C. (2009) *Imperfecți, liberi și fericiți. Practici ale stimei de sine*. Editura Trei, București.
- Boria, G. (2005) *Psicoterapia psicodrammatica – Sviluppo del modello moreniano nel lavoro terapeutico con gruppi di adulti*. FrancoAngeli, Milano.
- Boria, G. (1991). *Spontaneità e incontro nella vita e negli scritti di J.L. Moreno*. Padova: UPSEL.
- Csikszentmihalyi, M. (2008) *Flux. Psihologia Fericirii*. Editura Humanitas, București.
- Dafinoiu, I. (2000) *Elemente de Psihoterapie Integrativă*. Editura Polirom, Iași.
- Fanget, F. (2008) *Sensul vieții. Răspunsurile psihologiei pentru a da sens propriei vieți*. Editura Trei, București.
- Frankl, V.E. (2009) *Omul în căutarea sensului vieții*. Meteor Press, București.
- Kipper, D.A., Ritchie, T.D (2003) The effectiveness of psychodramatic techniques: A meta-analysis. *Group Dynamics: Theory, Research and Practice*. Vol.7, No.1, 13-25.
- Lambert, M.J. (2010). *Prevention of treatment failure: the use of measuring, monitoring, and feedback in*

- clinical practice*. American Psychological Association, Washington.
- Maslow, A.H. (2007). *Motivație și Personalitate*. Editura Trei, București.
- Moreno, J.L. (2008). *Povestea vieții mele*. Editura Trei, București.
- Moreno, J.L. (2009). *Scriseri fundamentale: despre psihodramă, metoda de grup și spontaneitate*. Editura Trei, București.
- Rime, B. (2007). *Comunicarea socială a emoțiilor*. Editura Trei, București.
- Rogers, C.R. (2008). *A deveni o persoană. Perspectiva unui psihoterapeut*. Editura Trei, București.
- Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. Free Press, New York.
- Seligman, M.E.P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and wellbeing*. Free Press, New York.
- Smith, J. A. (1996). Beyond the divide between cognition and discourse: Using interpretative phenomenological analysis in health psychology. *Psychology and Health*, 11, 261 - 271.
- Smith, J., Osborn, M. (2008). Interpretative Phenomenological Analysis. În J. Smith (Ed.), *Qualitative Psychology: A practical guide to research methods* (2nd ed.). London: Sage Publications.
- Thompson, S.C., Janigian, A.S. (1988). Life schemes: A frame-work for understanding the search for meaning. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 7, 260-280.
- Yalom, I.D., Leszcz, M. (2008) *Tratat de psihoterapie de grup – Teorie și practică*. Ed. Trei, București.
- Yalom, I.D. (2010). *Psihoterapia existențială*. București: Editura Trei.



## STUDIU COMPARATIV PRIVIND SCHEMELE COGNITIVE DEZADAPTATIVE ALE PERSOANELOR CU TULBURARE DEPRESIVĂ ȘI PERSOANE NONCLINICE VS. PERSOANE DIAGNOSTICATE CU TULBURARE DE DEPENDENȚĂ ETILICĂ

<sup>1</sup> CAMELIA MARIA DINDELEGAN, <sup>2</sup> MONIKA MAJOROS GAROFEANU, <sup>3</sup> CRINA TALPOS, <sup>4</sup> FLORINA SERAC POPA

<sup>1</sup> Universitatea din Oradea, dindkamy@yahoo.com, <sup>3</sup> Universitatea din Oradea, crinatalpos@yahoo.com

<sup>2</sup> Majoros Garofeanu Monika – Cabinet Individual de Psihologie; monika.majoros@yahoo.com

<sup>4</sup> Spitalul Clinic Municipal Dr. Gavril Curteanu – Oradea; florina\_popa\_21@yahoo.com,

**REZUMAT:** Teoreticienii cognitiv-comportamentaliști susțin că cognitiile unei persoane se bazează pe atitudini sau scheme cognitive dezvoltate pe baza unor experiențe anterioare. Cognitiile sunt considerate ca fiind cele mai importante legături în lanțul evenimentelor care duc la tulburări comportamentale sau la disfuncții psihologice. Conform teoriei lui A. Beck, totul depinde de modul în care persoana își interpretează situația și îi atribuie o semnificație, pe scurt, totul depinde de schemele cognitive. Cercetarea de față își propune evidențierea diferențelor în ceea ce privește schemele cognitive disfuncționale, la persoanele diagnosticate cu toxicod dependență etilică în comparație cu persoanele depresive și grupul de control (populație non clinică).

Dimensiunile investigate au fost: deprivare emoțională, abandon, neîncredere-incompetență, vulnerabilitate la rău și la boală, sine nedezvoltat, inhibiție emoțională, standarde nerealiste-hipercriticism, grandiozitate, control insuficient-autodisciplină, căutarea aprobării-cautarea recunoștinței, negativism-pesimism și pedeapsă, în urma comparațiilor, s-a constatat că între aceste trei categorii de subiecți există diferențe semnificative.

**Cuvinte cheie:** Scheme cognitive dezadaptative, Toxicod dependență etilică, Persoane depresive.

### 1. INTRODUCERE

Una dintre cele mai cunoscute și frecvent utilizate substanțe cu efect toxic neuropsihic este alcoolul (Enachescu, 2005).

Lederman (Hoeksema, 1998) a propus ca alcoolismul să fie definit prin prisma a trei factori: deteriorare psihică, comiterea de acte antisociale și consum excesiv de băuturi alcoolice. Astfel, alcoolicul apare ca o personalitate psihopatică, cu o *tendință* generală depresivă, prezentând o alterare generală a *voinței*, o anumită *imaturitate afectivă* și uneori cu un *complex de inferioritate* atașat unei *instabilități psihice și caracteriale*. Anxietatea și depresia, impulsivitatea, lipsa simțului critic, sunt manifestări ale personalității alcoolicului, care după cum spunea Stavros în 1988, aduce persoana la cea mai profundă marcă fizică, fiind evitată de toată lumea până și de cei mai apropiați membrii ai familiei.

Aproximativ 70% din persoanele cu dependență de alcool prezintă simptome ale depresiei destul de severe încât să interfereze cu viața lor de zi cu zi (Hoeksema, 1998). În plus, studiile timpurii asupra istoricului familiilor sugerează că tulburările legate de alcool și depresia unipolară merg împreună, alcoolismul fiind mai frecvent la rudele de sex masculin și depresia unipolară mai frecventă la rudele de sex feminin. Aceste rezultate au determinat unii cercetători să afirme că alcoolismul și depresia sunt înrudite genetic și că mulți bărbați alcoolici sunt de fapt depresivi, dar că își neagă depresia sau că se „tratează” cu alcool.

Depresia reprezintă starea morbidă, mai mult sau mai puțin durabilă, caracterizată deosebi de tristețe și de o scădere a tonusului și energiei.

Foarte mulți pacienți recunosc depresia ca fiind anterioară consumului de alcool, iar alții acuză stări depresive secundare consumului cronic de alcool. Teoria cognitivă a lui Beck se bazează pe ipoteza că

persoanele depresive interpretează evenimentele, într-un mod distorsionat, neîntemeiat informațional, iar aceste premise nu confirmă și nu susțin interpretarea. Teoria cuprinde următoarele elemente explicative: triada cognitivă negativă referitoare la sine, la lume și la viitor, apariția automată a gândurilor negative de autoînfrângere și autodistrugere, distorsiuni cognitive în percepția și procesarea informației, presupuneri fundamentale distorsionate, numite scheme cognitive depresogene.

Din psihologia cognitivă, Beck a adoptat constructul teoretic de „*schemă*”. Schemele sunt unități structurale de informații stocate care funcționează și la interpretarea noilor experiențe. Acestea funcționează ca modele cu care noile informații sunt comparate și încorporate. Schemele variază de la reprezentări ale conceptelor simple până la reguli interpretative complexe.

Noțiunea de *schemă cognitivă* a fost utilizată în domeniul clinic, inițial de Beck pentru a putea explica tendința pacientului depresiv de a se menține în atitudini defetiste, în situații de viață care nu sunt concordante cu dispoziția sa negativă. Astfel, schemele cognitive sunt reprezentări stabile, organizate în cursul vieții, care oferă o bază pentru diferențierea și codificarea stimulilor din mediu care acționează asupra persoanei. Din perspectiva pacientului, schemele cognitive sunt susceptibile să explice reacțiile și atitudinile diferite față de evenimente similare, instituite ca moduri de organizare și interpretare a experienței. Edificate pe baza experienței trecute, schemele cognitive sunt astfel *pattern-uri* cognitive stabile, tranșante și net delimitate prin care persoana depresivă interpretează experiența actuală.

Potrivit teoriei cognitiv-comportamentale, trăirile afective și comportamentul sunt determinate de felul în care persoana își structurează lumea. Cognițiile unei



persoane se bazează pe atitudini sau scheme dezvoltate pe baza unor experiențe anterioare. Cognițiile sunt considerate ca cele mai importante legături în lanțul evenimentelor care duc la tulburări comportamentale sau la disfuncții psihologice. Astfel, gândurile, imaginația, percepțiile și alte cogniții ale unei persoane sunt cele care îi afectează comportamentul. De asemenea, o pondere importantă o au influențele și interdependența dintre factorii cognitivi, afectivi, sociali, de dezvoltare, biologici și comportamentali în etiologia și remediarea psihopatologiei (Powel, 1991, apud. V. Lupu, 2005).

Majoritatea celor care recurg la consumul de alcool o fac din dorința, trebuința de a avea o stare confortabilă, o stare de bine pe care nu o pot obține, dar nici menține altfel, decât în acest mod. Depresivii sunt o categorie importantă dintre consumatori. Un lucru pe care, însă, aceștia, din păcate, nu îl cunosc, este faptul că alcoolul este principalul factor de deprimare la nivelul sistemului nervos și, deci, practic sporește starea de depresie.

Toxicomania este un consum patologic, cronic sau periodic, impulsiv de substanțe care modifică starea afectivă și / sau de conștiință (Tudose, Fl. și col., 2004). Factorii ce influențează dependența de alcool sunt de natură *biologică*, *psihosocială* (vulnerabilitatea psihologică, stresul, reducerea tensiunii și întărirea) și *socioculturală*. Există o interacțiune complexă între vulnerabilitate, familie, mediu și cultură. Nu s-au găsit însă dovezi în legătură cu existența unui anumit tip de personalitate care să fie predictiv pentru alcoolism, dar acesta se asociază cu: tulburările de somatizare, anxietate și depresie – 2/3 din alcoolici au cel puțin un episod depresiv major în timpul vieții (Tudose Fl. și colab., 2002).

Consumul cronic de băuturi alcoolice determină, în primul rând, scăderea funcțiilor superioare de analiză și a capacității de stăpânire (scheme cognitive dezadaptative) asupra pornirilor instinctiv-emoționale, favorizând astfel apariția comportamentului aberant.

## 2. METODOLOGIA CERCETĂRII

### Ipooteza

Persoanele diagnosticate cu toxicod dependență etilică vor prezenta diferențe semnificative în ce privesc schemele cognitive disfuncționale în comparație cu persoanele depresive și grupul de control.

### Subiecții

Subiecții cuprinși în studiu sunt în număr de 90 de persoane, dintre care 30 sunt diagnosticați cu Toxicod dependență etilică, 30 de subiecți sunt diagnosticați cu Tulburare depresivă și 30 au alcătuit lotul de subiecți nonclinici (lotul de control). Subiecții care au alcătuit loturile cu patologii menționate, se găseau internați, în momentul realizării studiului, în Spitalul Clinic de Neuropsihiatrie Oradea, pentru tratament de specialitate.

Variabilele demografice, notate, sunt următoarele:

Diagnosticul – DSM-IV

Vârsta

Sexul

Studii

Vârsta subiecților cuprinși în realizarea studiului se încadra în intervalul de vârstă de 32-65 de ani.

Din punct de vedere al sexului, loturile de subiecți au fost alcătuite atât din subiecți de sex masculin, cât și din subiecți de sex feminin: lotul de pacienți etilici au fost alcătuite din 15 bărbați, care reprezentau 60 % și 15 femei, care reprezentau 40 %; lotul de depresivi au cuprins 15 bărbați, reprezentând 40 % și 15 femei, reprezentând 60 %; lotul de control a fost constituit din 15 bărbați (50 %) și 15 femei (50 %).

Pregătirea subiecților este de nivel mediu, ceea ce implică absolvirea liceului.

Subiecții din lotul de control nu au avut niciodată pus unul din cele două diagnostice clinice menționate anterior.

### Instrumente utilizate

S-au utilizat următoarele instrumente:

Chestionarul de Depresie Beck (BDI)

Scala Lipsei de Speranță (BHS)

Chestionarul Young pentru Scheme (YCSQ – forma scurtă)

Scala de depresie Beck (BDI) (21 itemi)

Domeniu de aplicare:

Pentru autori, nota globală a acestui chestionar indică "profundimea subiectivă a depresiei", care dă o estimare cantitativă a intensității simptomatologiei subiective a depresiei.

Scala lipsei de speranță (BHS)

Această scală măsoară perspectiva subiectului asupra viitorului sau gradul de deznădejde. Un pacient depresiv sau cu potențial suicidal poate suporta boala sa dacă are speranțe pentru viitor. Când începe să vadă viitorul în termeni total negativi, viața devine insuportabilă și pacientul atinge un risc mare pentru suicid. Acest risc există în special dacă pacientul este depresiv, dar ocazional deznădejdea apare la pacienții care nu au simptome fizice ale depresiei. (Un factor suplimentar pentru terapeut de a considera dacă pacientul are o natură impulsivă, care poate crește riscul comportamentului suicidal).

Cotare:

Se acordă 1 punct pentru fiecare item cu următorul răspuns (total maxim = 20):

Semnificația scorurilor:

După Beck, fiecare pacient cu încercări de suicid a fost evaluat de către clinicieni după gradul de deznădejde. A fost administrată această scală. Media și abaterea standard pentru grupurile categorizate de clinicieni după gradul de deznădejde au fost calculate și a fost notată următoarea tentativă pentru fiecare categorie:

0 - 3 = Nul sau minim

4 - 8 = Ușor sau slab

9 - 14 = Moderat. Nu prezintă pericol imediat, dar trebuie supravegheat. Situația de viață este stabilă.

15 + = Sever. Risc suicidal crescut

Beck, Weissman & All (1974) au raportat  $m = 9,0$  și  $\sigma = 6,1$  pentru 384 de tentative de suicid.

Greene (1981):  $m = 4,45$ ;  $\sigma = 3,09$  pe populația normală (396 de adulți aleși întâmplător).

Chestionarul Young pentru scheme (YCSQ) - (forma lungă)

Suportul empiric pentru schema timpurie dezadaptativă



Multe cercetări folosesc forma lungă a Chestionarului Young pentru Scheme (Young & Brown, 1990), acesta ajungând să fie tradus în mai multe limbi printre care franceză, spaniolă, daneză, turcă, japoneză, finlandeză și norvegiană.

Prima investigație, comprehensivă a proprietăților psihometrice ale acesteia, care a fost urmată și de altele, au fost conduse de Schmidt, Joiner, Young și Telch (1995). Rezultatele acestui studiu au produs coeficienții alfa pentru fiecare schemă timpurie dezadaptativă ce se întinde de la .83 la .96, și test-retest coeficienți de la .50 la .82 în populație neclinică. În primul rând, subscalele demonstrează o foarte bună consistență internă.

Chestionarul s-a dovedit a avea o bună convergență și validitate discriminatorie în măsurarea distresului psihologic, stima de sine, vulnerabilitate cognitivă la depresie și simptomatologia tulburărilor de personalitate.

De asemenea s-a demonstrat, pe baza unor studii, faptul că, Chestionarul Young pentru scheme posedă o foarte bună consistență internă și că este factor structurat de primul grad stabil de-a lungul probelor clinice de la două țări diferite și pentru diagnostice diferite.

Alte studii au examinat validitatea schemei individuale și cum se raportează la modelul lui Young. Freeman (1999) a explorat utilizarea teoriei schemei lui Young ca un model explicativ pentru procesările cognitive neraționale, folosind în studiu persoane normale. Aceasta a dovedit că, conform definiției, schemele timpurii dezadaptative sunt negative și disfuncționale.

Rittenmeyer (1997) a examinat convergența validității domeniilor din schema lui Young cu Inventarul Maslach Burnout (Maslach & Jackson, 1986), inventar proiectat să taxeze impactul negativ al evenimentelor stresante ale vieții. El a găsit că două domenii ale schemei *Conectare* și *Standarde exagerate* corelează puternic cu Scala de Oboseala Emoțională din Inventarul Maslach Burnout.

Deși Chestionarul Young pentru scheme nu a fost proiectat să măsoare specific tulburările de personalitate din DSM-IV, asociații semnificative apar între Schemele Timpurii Dezadaptative și simptome de tulburări de personalitate (Schmidt et al. 1995). Scorul total corelează înalt cu scorul total în Chestionarul de Diagnostic al Personalității - Revizuit (Hyler et al., 1987). În acest studiu, schema de Autocontrol insuficient /Autodisciplină și Imperfecțiune au asociații puternice cu simptome de tulburări de personalitate.

Subscalele care constituie de fapt schemele dezadaptative descrise de Young sunt :

deprivare emoțională – ED

abandon – AB

neîncredere - abuz – MA

izolare socială - înstrăinare – SI

apărare-rușine – DS

eșec – FA

dependența-incompetența – DI

vulnerabilitate la rău și boala – VU

sine nede dezvoltat – EU

inhibiție emoțională – EI

standarde nerealistice- hipercriticism – US

grandiozitate – ET

control insuficient -autodisciplină – IS

căutarea aprobării – căutarea recunoștinței – AS

negativism - pesimism – NP

pedeapsa – PU

## Design

Tabel 1. Design unifactorial intersubiecți

LOTURI SCHEME	Alcoolici	Depresivi	Nonclinici
ED			
AB			
MA			
SI			
DS			
FA			
DI			
VU			
EU			
EI			
US			
ET			
IS			
AS			
NP			
PU			

## 3. REZULTATELE CERCETĂRII ȘI INTERPRETAREA LOR

Rezultatele pentru cele trei loturi privind media și abaterea standard pentru fiecare lot sunt reprezentate mai jos:

Tabel 2. Distribuții pe loturi

LOTURI VARIABLE	ALCOOLICI		DEPRESIVI		NONCLINICI	
	MEDIA	Ab. std.	MEDIA	Ab. std.	MEDIA A	Ab. std.
Deprivare Emoțională	18.6667	2.4259	15.8333	2.5608	7.2333	2.1605
ED						
abandon	16.1333	1.9780	17.1000	3.0212	7.8000	1.8458
AB						
Neîncredere - Abuz	17.2000	2.2652	17.9333	3.2056	9.5333	1.8520
MA						
Izolare - Înstrăinare	12.5333	2.7258	17.1000	3.2056	11.8667	1.9250
SI						
Apărare - Rușine	11.0333	2.5146	16.0333	3.2000	8.5000	1.1064
DS						
Eșec	13.4333	2.5146	14.3333	3.0775	7.6333	1.5196
FA						
Dependență	-16.4000	3.2360	13.8000	4.7842	10.3667	3.7919
Incompetență						
DI						
Vulnerabilitate	14.1173333	3.3930	14.6333	2.8221	6.8667	1.8339
Rău și Boală						
VU						
Sine Nede dezvoltat	18.5339	3.4415	16.0667	3.4234	8.8667	1.8889
EU						
Inhibiție Emoțională	17.2667	2.5855	17.6000	4.9382	8.3667	2.3706
EI						
Standarde Nerealiste	2.4667	2.0466	15.0000	3.6199	7.0333	1.4259
- Hipercriticism						
US						
Grandiozitate	15.0667	2.5587	14.93333	2.9353	9.1000	2.3393
ET						
Control Insuficient	-15.3667	6.5046	12.1667	2.6792	8.6333	2.9643
Autodisciplină						
IS						
Căutarea Aprobării	-48.3667	4.9304	47.1667	5.6574	25.4000	4.1156
Căutarea						
Recunoștinței						
AS						
Negativism	-34.83333	3.5045	40.6667	3.5655	23.9667	4.3588
6.6920M						
Pesimism						
NP						
Pedeapsa	57.8000	5.0200	47.9000	6.6920	27.1333	3.34714
PU						
N	30		30		30	



### Comparații la Chestionarul Young pentru Scheme ale lotului de subiecți alcoolici, depresivi și ale grupului de control (nonclinici).

**Tabel 3. Comparații la subscala DEPRIVARE EMOTIONALĂ (Chestionarul YCSQ), între subiecții alcoolici, depresivi și nonclinici.**

Deprivare Emoțională (ED)	F = 186,474	P < 0.01
Post Hoc Scheffé		Prag
Alcoolici	Depresivi	.000
	Nonclinici	.000
Depresivi	Alcoolici	.000
	Nonclinici	.000
Nonclinici	Alcoolici	.000
	Depresivi	.000

Notă: semnificativ la  $p < 0.01$

Rezultatele indică diferențe înalt semnificative ( $F = 186.474$ ,  $p < 0.01$ ) în ceea ce privesc schemele dezadaptative între cele trei categorii de subiecți: alcoolici ( $N = 30$ ), depresivi ( $N = 30$ ) și normali ( $N = 30$ ), rezultând faptul că subiecții alcoolici și depresivi manifestă o intensă deprivare emoțională.

Făcând trimitere la teoria lui Jeffrey Young, putem afirma că rezultatele obținute sunt în conformitate cu teoria sa. Astfel, alcoolicii au convingerea irațională că nu vor beneficia de înțelegere, afecțiune sau protecție din partea persoanelor apropiate lor, fapt ce va predispuce la comportamente imprevizibile sau explozive.

**Tabel 4. Comparații la subscala ABANDON (Chestionarul YCSQ), între subiecții alcoolici, depresivi și nonclinici.**

Abandon (Ab)	F = 143.067	P < 0.01
Post Hoc Scheffé		Prag
Alcoolici	Depresivi	.284
	Nonclinici	.000
Depresivi	Alcoolici	.284
	Nonclinici	.000
Nonclinici	Alcoolici	.000
	Depresivi	.000

Notă: semnificativ la  $p < 0.01$

Rezultatele indică diferențe înalt semnificative ( $F = 143.067$ ,  $p < 0.01$ ) în ceea ce privesc schemele dezadaptative ale subiecților alcoolici ( $N = 30$ ), depresivi ( $N = 30$ ) și normali ( $N = 30$ ), rezultând faptul că subiecții alcoolici vor prezenta în mai mare măsură gânduri dezadaptative în legătură cu abandonul, comparativ cu persoanele nonclinice.

Făcând trimitere la teoria lui Jeffrey Young, putem afirma că rezultatele obținute sunt în conformitate cu teoria sa. Astfel, alcoolicii au convingerea irațională că persoanele din jurul lor nu le vor acorda atenție și sprijin emoțional deoarece sunt instabile și imprevizibile emoțional.

Rezultatele (tabelul 5) indică diferențe înalt semnificative ( $F = 126.069$ ,  $p < 0.01$ ) în ceea ce privesc schemele dezadaptative ale subiecților alcoolici ( $N = 30$ ), depresivi ( $N = 30$ ) și normali ( $N = 30$ ), rezultând faptul că subiecții alcoolici și depresivii vor prezenta în mai mare măsură gânduri dezadaptative în

legătură cu neîncredere și abuz, comparativ cu persoanele nonclinice.

**Tabel 5. Comparații la subscala NEÎNCREDERE - ABUZ (Chestionarul YCSQ), între subiecții alcoolici, depresivi și nonclinici.**

Neîncredere - Abuz (MA)	F = 126.069	P < 0.01
Post Hoc Scheffé		Prag
Alcoolici	Depresivi	.460
	Nonclinici	.000
Depresivi	Alcoolici	.460
	Nonclinici	.000
Nonclinici	Alcoolici	.000
	Depresivi	.000

Notă: semnificativ la  $p < 0.01$

Acest fapt confirmă teoria lui Jeffrey Young cu privire la faptul că alcoolicii manifestă convingerea irațională că sunt manipulați și se dorește rănirea și umilirea lor.

**Tabel 6. Comparații la subscala IZOLARE - ÎNSTRĂINARE (Chestionarul YCSQ), între subiecții alcoolici, depresivi și nonclinici.**

Izolare Socială - Înstrăinare (SI)	F = 62.749	P < 0.01
Post Hoc Scheffé		Prag
Alcoolici	Depresivi	.628
	Nonclinici	.000
Depresivi	Alcoolici	.000
	Nonclinici	.000
Nonclinici	Alcoolici	.628
	Depresivi	.000

Notă: semnificativ la  $p < 0.01$

Rezultatele indică diferențe înalt semnificative ( $F = 32.749$ ,  $p < 0.01$ ) în ceea ce privesc schemele dezadaptative ale subiecților alcoolici ( $N = 30$ ), depresivi ( $N = 30$ ) și normali ( $N = 30$ ), rezultând faptul că subiecții alcoolici vor prezenta în mai mică măsură gânduri dezadaptative în legătură cu izolarea socială și înstrăinarea, comparativ cu persoanele depresive.

Făcând trimitere la teoria lui Jeffrey Young, putem afirma că rezultatele obținute de noi sunt în conformitate cu teoria sa. Convingerea irațională prezentă la alcoolici este că ceilalți oameni îi privesc într-un mod aparte, diferit, simțindu-se izolați în cadrul grupurilor, sau în comunitate.

**Tabel 7. Comparații la subscala APĂRARE - RUȘINE (Chestionarul YCSQ), între subiecții alcoolici, depresivi și nonclinici.**

Apărare - Rușine (DS)	F = 74.700	p < 0.01
Post Hoc Scheffé		Prag
Alcoolici	Depresivi	.000
	Nonclinici	.000
Depresivi	Alcoolici	.000
	Nonclinici	.001
Nonclinici	Alcoolici	.000
	Depresivi	.001

Notă: semnificativ la  $p < 0.01$

Rezultatele (tabelul 7) indică diferențe înalt semnificative ( $F = 74.700$ ,  $p < 0.01$ ) în ceea ce privesc schemele dezadaptative ale subiecților alcoolici ( $N = 30$ ), depresivi ( $N = 30$ ) și normali ( $N = 30$ ), rezultând faptul că subiecții alcoolici vor prezenta în mai mare



măsură gânduri dezadaptative în legătură cu apărare - rușine, comparativ cu persoanele depresive și nonclinice.

Rezultatele obținute indică faptul că alcoolicii se consideră inferiori și nedemni de iubire în fața persoanelor semnificative pentru ei, fapt ce îi determină să fie deosebit de sensibili la critică, respingere sau blamare, confirmând și în acest caz teoria lui J. Young.

*Tabel 8. Comparații la subscala EȘEC (Chestionarul YCSQ), între subiecții alcoolici, depresivi și nonclinici.*

Eșec ( FA )	F = 65.739	p < 0.01
Post Hoc Scheffé		Prag
Alcoolici	Depresivi	.370
	Nonclinici	.000
Depresivi	Alcoolici	.370
	Nonclinici	.000
Nonclinici	Alcoolici	.000
	Depresivi	.000

Notă: semnificativ la  $p < 0.01$

Rezultatele din Tabelul 8 indică diferențe înalt semnificative ( $F = 65.739$ ,  $p < 0.01$ ) în ceea ce privesc schemele dezadaptative ale subiecților alcoolici ( $N = 30$ ), depresivi ( $N = 30$ ) și normali ( $N = 30$ ), rezultând faptul că subiecții alcoolici și cei depresivi vor prezenta în mai mare măsură gânduri dezadaptative în legătură cu eșecul comparativ cu persoanele normale.

Făcând trimitere la teoria lui Jeffrey Young, putem afirma că rezultatele obținute sunt în conformitate cu aceasta. Astfel, alcoolicii au convingerea irațională că dacă au eșuat o dată pe plan social sau personal, negreșit vor mai eșua, ceea ce denotă în opinia lor că sunt lipsiți de calități și fără succes.

*Tabel 9. Comparații la subscala DEPENDENȚĂ - INDEPENDENȚĂ (Chestionarul YCSQ) între subiecții alcoolici, depresivi și nonclinici.*

Dependență - Incompetență (DI)	F = 45.551	p < 0.01
Post Hoc Scheffé		Prag
Alcoolici	Depresivi	.285
	Nonclinici	.000
Depresivi	Alcoolici	.285
	Nonclinici	.000
Nonclinici	Alcoolici	.000
	Depresivi	.000

Notă: semnificativ la  $p < 0.01$

Rezultatele din tabelul 9 indică diferențe înalt semnificative ( $F = 45.551$ ,  $p < 0.01$ ) în ceea ce privesc schemele dezadaptative ale subiecților alcoolici ( $N = 30$ ), depresivi ( $N = 30$ ) și normali ( $N = 30$ ), rezultând faptul că subiecții alcoolici și depresivi vor prezenta în mai mare măsură gânduri dezadaptative în legătură cu dependența și independența, comparativ cu subiecții normali.

Rezultatele sprijină teoria lui J. Young, fiind în conformitate cu aceasta. Persoanele alcoolice cu această schemă consideră în mod eronat că au nevoie în mod imperativ de sprijinul altora pentru a face față responsabilităților zilnice.

*Tabel 10. Comparații la subscala VULNERABILITATE LA RĂU ȘI BOALĂ (Chestionarul YCSQ) între subiecții alcoolici, depresivi și nonclinici.*

Vulnerabilitate la rău și boală (VU)	F = 60.699	p < 0.01
Post Hoc Scheffé		Prag
Alcoolici	Depresivi	.001
	Nonclinici	.000
Depresivi	Alcoolici	.001
	Nonclinici	.000
Nonclinici	Alcoolici	.000
	Depresivi	.000

Notă: semnificativ la  $p < 0.01$

În ce privește vulnerabilitatea la rău și boală (Tabelul 10), rezultatele indică diferențe semnificative între alcoolici, depresivi și persoanele nonclinice ( $F = 60.699$ ,  $p < 0.01$ ), aceasta dovedind că alcoolicii și depresivii vor înregistra un nivel mai ridicat al vulnerabilității la boală, comparativ cu persoanele nonclinice, dar persoanele alcoolice în mai mică măsură comparativ cu cele depresive.

Făcând trimitere la teoria lui Jeffrey Young, putem afirma că rezultatele obținute sunt în conformitate cu teoria sa. Astfel, alcoolicii în mod irațional evaluează catastrofic orice situație reală sau potențială cu care ar putea sau iau contact, gândire ce le va afecta relațiile interpersonale.

*Tabel 11. Comparații la subscala SINE NEDEZVOLTAT (Chestionarul YCSQ) între subiecții alcoolici, depresivi și nonclinici.*

Sine Nedezvoltat ( EU )	F = 83.688	p < 0.01
Post Hoc Scheffé		Prag
Alcoolici	Depresivi	.008
	Nonclinici	.000
Depresivi	Alcoolici	.008
	Nonclinici	.000
Nonclinici	Alcoolici	.000
	Depresivi	.000

Notă: semnificativ la  $p < 0.01$

Rezultatele privind sinele, indică diferențe semnificative ( $F = 83.688$ ,  $p < 0.01$ ) între cele trei categorii de subiecți, rezultând faptul că alcoolicii și depresivii prezintă în mai mare măsură un sine nedezvoltat în comparație cu persoanele normale. Pe baza rezultatelor obținute, putem afirma că acestea confirmă teoria lui Jeffrey Young. În acest caz, alcoolicii se autoevaluează pe baza convingerii că nu pot exista fără sprijinul altor persoane de care se leagă afectiv într-un mod excesiv, fapt ce indică o dependență emoțională al unui sine nedezvoltat.

Rezultatele (tabelul 12) indică diferențe semnificative ( $F = 67.282$ ,  $p < 0.01$ ) în ceea ce privesc schemele dezadaptative ale subiecților alcoolici, depresivi și normali, rezultând faptul că subiecții alcoolici, dar și cei depresivi, vor prezenta în mai mare măsură gânduri dezadaptative în legătură cu inhibiția emoțională, comparativ cu persoanele normale.



**Tabel 12. Comparații la subscala INHIBIȚIE EMOTIIONALĂ (Chestionarul YCSQ) între subiecții alcoolici, depresivi și nonclinici.**

Inhibiție Emoțională (EI)	F = 67.282	p < 0.01
Post Hoc Scheffé		Prag
Alcoolici	Depresivi	.934
	Nonclinici	.000
Depresivi	Alcoolici	.934
	Nonclinici	.000
Nonclinici	Alcoolici	.000
	Depresivi	.000

Notă: semnificativ la  $p < 0.01$

Făcând trimitere la teoria lui Jeffrey Young, putem afirma că rezultatele obținute sunt în conformitate cu teoria sa. Astfel, alcoolicii înregistrează o tendință exagerată de reprimare și controlare a stărilor afective spontane din teama de a nu greși. Ei își construiesc reguli rigide cu privire la datorie, performanță, perfecționism, atât pentru ei cât și pentru familie, având impact asupra relațiilor apropiate.

**Tabel 13. Comparații la subscala STANDARDE NEREALISTE - HIPERCITICISM (Chestionarul YCSQ) între subiecții alcoolici, depresivi și nonclinici.**

Standarde Nerealiste - Hipercriticism (US)	F = 77.158	p < 0.01
Post Hoc Scheffé		Prag
Alcoolici	Depresivi	.001
	Nonclinici	.000
Depresivi	Alcoolici	.001
	Nonclinici	.000
Nonclinici	Alcoolici	.000
	Depresivi	.000

Notă: semnificativ la  $p < 0.01$

Rezultatele indică diferențe semnificative între alcoolici, depresivi și persoanele nonclinice ( $F = 77.158$ ,  $p < 0.01$ ), aceasta dovedind că alcoolicii și depresivii vor înregistra un nivel ridicat al standardelor nerealiste pe care și le impun, generând un înalt sentiment de critică, comparativ cu persoanele nonclinice.

Aceste rezultate confirmă și întăresc teoria lui Jeffrey Young. Astfel, alcoolicii manifestă tendința de a-și impune reguli rigide pentru standarde de comportament sau performanță în scopul de a evita critica.

**Tabel 14. Comparații la subscala GRANDIOZITATE (Chestionarul YCSQ) între subiecții alcoolici, depresivi și nonclinici.**

Grandiozitate (ET)	F = 50.626	P < 0.01
Post Hoc Scheffé		Prag
Alcoolici	Depresivi	.981
	Nonclinici	.000
Depresivi	Alcoolici	.981
	Nonclinici	.000
Nonclinici	Alcoolici	.000
	Depresivi	.000

Notă: semnificativ la  $p < 0.01$

În ce privește grandiozitatea, rezultatele indică diferențe semnificative între alcoolici, depresivi și persoanele nonclinice ( $F = 50.626$ ,  $p < 0.01$ ), aceasta

dovedind că alcoolicii vor înregistra cel mai ridicat nivel al grandiozității, comparativ cu persoanele depresive și nonclinice.

Făcând trimitere la teoria lui Jeffrey Young, putem afirma că rezultatele obținute sunt în conformitate cu teoria sa. Astfel, alcoolicii se percep pe sine în mod eronat ca având drepturi speciale asupra celorlalți, fiind în același timp lipsiți de empatie sau responsabilitate față de cei din jur.

**Tabel 15. Comparații la subscala CONTROL INSUFICIENT - AUTODISCIPLINĂ (Chestionarul YCSQ) între subiecții alcoolici, depresivi și nonclinici.**

Control Insuficient-Autodisciplină (IS)	F = 43.932	P < 0.01
Post Hoc Scheffé		Prag
Alcoolici	Depresivi	.043
	Nonclinici	.000
Depresivi	Alcoolici	.043
	Nonclinici	.000
Nonclinici	Alcoolici	.000
	Depresivi	.000

Notă: semnificativ la  $p < 0.01$

Rezultatele indică diferențe semnificative între alcoolici, depresivi și persoanele nonclinice ( $F = 43.932$ ,  $p < 0.01$ ), aceasta dovedind că alcoolicii și depresivii vor înregistra un nivel mai scăzut în ceea ce privește controlul și autodisciplina, comparativ cu persoanele nonclinice.

Pe baza rezultatelor obținute, se poate afirma că acestea sunt conform teoriei lui J. Young, alcoolicii manifestând dificultăți în a-și controla manifestările emoționale impulsive, prezentând rezistență scăzută la frustrare în detrimentul realizării performanțelor personale.

Rezultatele privind căutarea aprobării și a autodisciplinei, indică diferențe înalt semnificative ( $F = 205.322$ ,  $p < 0.001$ ) între cele trei categorii de subiecți, rezultând faptul că alcoolicii și depresivii doresc în mai mare măsură aprobarea celorlalți în comparație cu persoanele normale. Făcând trimitere la teoria lui Jeffrey Young, putem afirma că rezultatele obținute sunt în conformitate cu teoria sa. Astfel, studiul indică faptul că alcoolicii își evaluează stima de sine în raport cu reacțiile celor din jur și nu conform propriilor înclinații, manifestând credința irațională că aprobarea, recunoașterea și atenția acestora e mai importantă decât dezvoltarea propriei personalități.

**Tabel 16. Comparații la subscala CĂUTAREA APROBĂRII - AUTODISCIPLINĂ (Chestionarul YCSQ) între subiecții alcoolici, depresivi și nonclinici.**

Căutarea Aprobării-Autodisciplină (As)	F = 205.322	P < 0.01
Post Hoc Scheffé		Prag
Alcoolici	Depresivi	.644
	Nonclinici	.000
Depresivi	Alcoolici	.644
	Nonclinici	.000
Nonclinici	Alcoolici	.000
	Depresivi	.000

Notă: semnificativ la  $p < 0.01$



#### 4. CONCLUZII

Prin compararea schemelor cognitive dezadaptative înregistrate la subiecții alcoolici, depresivi și nonclinici s-a constatat că între aceste trei categorii de subiecți există diferențe semnificative.

Comparațiile au indicat faptul că alcoolicul se caracterizează prin particularități ce descriu o centrare pe aspectele negative ale vieții, pe sentimente de pierdere și vinovăție, care în timp vor degenera în egoism și indiferență față de îndeplinirea obligațiilor personale sau sociale. Odată cu instalarea dependenței față de alcool, bolnavul devine sclavul propriilor sale obiceiuri învățate, nemandistingând clar linia de demarcație între comportamentul corect și cel indezirabil, considerând că "bea ca toată lumea, nu mai mult decât alții". Schemele dezadaptative le distorsionează percepția realității împiedicându-i să vadă cauza reală a problemelor cu care se confruntă și soluția potrivită la acestea și în consecință, apare înclinația spre proiectarea vinei asupra persoanelor din jur și învinovățirea acestora pentru propriile eșecuri sau nerealizări. O altă consecință este frustrarea care e resimțită, în plan cognitiv-afectiv, ca o stare de criză care dezorganizează bunul mers al instanțelor superioare corticale de comandă ale acțiunilor. În general, răspunsul alcoolicilor la frustrare este agresivitatea manifestată în dorința excesivă de a pedepsi. Deasemenea, pentru a face față situațiilor neplăcute cu care se confruntă la un moment dat în

viață, și pentru a diminua sau învinge stările emoționale negative, această categorie de subiecți va recurge la consumul de paleative, în cazul de față la alcool, fapt consemnat ca mecanism de coping orientat spre emoție, după cum au menționat teoriile neurofiziologice.

#### 5. BIBLIOGRAFIE

- American Psychiatric Association (2003). *Manual de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale, Ediția a Patra Revizuită – DSM-IV-TR 2000*, Asociația Psihiatrilor Liberi din România București.
- Cicchetti, D. (2003). *Development and Psychopathology*, Cambridge University Press.
- Cornuțiu, G. (1994). *Patologia alcoolică psihiatrică*, Editura Mihai Eminescu Oradea
- Dafinoiu, I., Vargha, J.L. (2005). *Psihoterapii scurte - Strategii, metode, tehnici*, Collegium Polirom.
- Daniel Combes (1996), *Epopaea vinului*, Institutul European.
- Dindelegan, C.M. (2004), *Elemente de psihopatologie și psihologie clinică*, Editura Universității din Oradea.
- Don F.Pagano, Ph.D.& Patricia J.Pagano, M.A. (1975), *Cliffs Course Outlines Psychology – An introductory survey including all fundamental topics and concepts*, Cliffs Notes Inc.Lincoln, Nebraska 68501.
- Enăchescu, C. (2005). *Tratat de psihopatologie*, Editura Tehnică București.



## UTILITATEA AȘTEPTATĂ, COMPARAȚIA SOCIALĂ ȘI DISPONIBILITATEA DE A DONA. O ABORDARE EXPERIMENTALĂ

DENISA TEODORA CĂLIN

Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu, România, dysa\_calin@yahoo.com

**ABSTRACT:** The present paper is centred on identifying new ways of influencing people's willingness to donate.

Based on information obtained from studies which describe particularities of donor's behaviour, for the Romanian population (most recently, GfK -Verein's study, 2011), the present study attempts to influence people's contributions, by manipulating expected utility and social comparison, as parts of Fishbein and Ajzen's Theory of Reasoned Action. The hypothesis is that expected utility and social comparison determine willingness to donate.

For the present study, we used a factorial, 2x2, double blind experimental design, which included 2 distinct phases: phase I, which consisted of a fake, cover-story, built with the purpose of endowing the participants with a baseline credit, to avoid registering a false 0; and phase II, which is the experimental phase, in which the participants were lead to believe that they were contributing to a charitable association.

What we've found is that both expected utility and social comparison have a positive influence on willingness to pay ( $F(1,39)= 5.423$ ,  $p=0.025 < 0.05$ ,  $\eta^2 = 0.122$ ) and interestingly enough, the two main effects for expected utility ( $F(1,39)= 18.197$ ,  $p=0.000 < 0.05$ ,  $\eta^2 = 0.318$ ), and social comparison ( $F(1,39)=8.363$ ,  $p=0.006 < 0.05$ ,  $\eta^2 = 0.177$ ) seem to provide a better account of the observed influence.

**Key words:** willingness to donate, social comparison, expected utility, charitable behavior, Theory of Reasoned Action.

### 1. INTRODUCERE

Cercetarea în domeniul prosocial în România acumulează câteva puncte de vedere deosebit de importante ce converg către existența disponibilității de a acționa prosocial, dar și către rezerva persoanelor vis-à-vis de a oferi bunuri, datorată ambiguității pe care acestea o percep în legătură cu asociațiile caritabile (studiului Asociației pentru Relații Comunitare împreună cu organizația britanică Allavida, 2003; studiul Fundația pentru Dezvoltarea Societății Civile împreună cu Centrul de Sociologie Urbană și Regională din București, 1996, 1998).

Mai mult, în condițiile în care cuantumul donațiilor în România acumulează sume destul de mari (17.683.973 RON - aproape 5.3 milioane de euro pentru anul 2005-2006, conform FDSC și CENTRAS, 2007), disponibilitatea românilor de a dona este marcată de anumite particularități, care duc la o diminuare a contribuțiilor.

Am pornit de la studiul organizației GfK-Verein (2011), dedicat cercetării de piață pentru sectorul non-profit. Acesta a fost efectuat în 2011 în 14 țări: 13 țări Europene (printre care și România) și SUA.

În mod surprinzător, procentul populației care donează în România este similar cu cel găsit în SUA și în statele dezvoltate ale Europei. Acest aspect este profund îmbucurător, deoarece coroborat cu cercetări efectuate pe populație românească, crează premisele formulării unui studiu pentru a identifica diferite relații cauzale, care pot fi traduse în modalități de influențare a acestui proces.

În mod tradițional, campaniile umanitare care vizează strângerea contribuțiilor mizează pe manipularea componentei afective (declanșarea mecanismelor empatice, simpatia, etc menționăm în această direcție studiul lui Dickert, Sagara și Slovic, 2011), pe mecanismul individualizării (Charness și Gneezy, 2008), pe asocierea unei figuri publice cu o cauză și pe sublinierea unei încheități sociale.

Cu toate acestea, o contraindicație frecvent întâlnită în efortul de a antrena persoanele în a dona resurse către scopuri caritabile vizează scepticismul persoanelor vis-à-vis de distribuția corectă a bunurilor donate, cât și legat de destinația finală a resurselor. Această tendință apare și în cadrul populației românești

Reluând particularitățile problemei, vedem că aceasta se pliază pe modelul teoriei acțiunii raționale, (Fishbein și Ajzen), care conține atât elemente ale analizei de tip cost-beneficiu, cât și elemente ale influenței sociale.

Studii ce tratează donațiile din această perspectivă (domeniul medical: Jemmot și Jemmot, 1992, Bagozzi, 1981, Stutzer et.al. 2011, Ubel, DeKay, Baron et. al., 1996, Wildman, Hollingsworth, 2009; sectorul non-profit: Baron și Szymanska, 2010 etc.) sunt centrate pe analiza alternativelor, unde persoanele evaluează utilitatea fiecărei decizii prin comparația alternativelor. Realitatea tinde să se interpună acestei posibilități, deoarece includerea alternativelor nu este susținută de raritatea informației de tip cost-beneficiu al tuturor organizațiilor. Acest punct de vedere este susținut și de autori precum Baron și Szymanska (2010).

Ca atare, studiul de față va trata influența utilității așteptate în absența unor alternative, doar prin prezentarea unui singur caz.

În ceea ce privește al doilea aspect al problemei identificate, întrucât se dorește modificarea atitudinii persoanelor, vis-à-vis de solicitările caritabile, observăm că acest lucru vizează înclinația persoanelor de a compara propriile tendințe și opinii, de a căuta clarificarea și de a-și verifica acțiunile, prin raport cu persoane similare. Pornind de la modelul acțiunii raționale, care implică mecanismul comparației sociale, vom face referire la afirmația făcută de către Festinger, în postulatul teoriei comparației sociale, care susține faptul că o valoare atribuită derivă din sentimentul subiectiv ca acea opinie este validă, corectă (Festinger, 1954).



Ea constituie tendința de validare a opiniei proprii și de atribuire a unei valori obținute prin compararea acesteia cu informații obținute despre opinia unui grup perceput ca fiind similar. Ca atare, în studiul de față, așteptarea este că persoanele vor dona mai mult, atunci când sunt confruntate cu informație despre faptul că un număr mare de persoane cu atribute similare a donat. Partenerii de interacțiune sunt veritabile oglinzi sociale... „Comportamentele unuia dintre ei sunt rezultatul și reflectarea fidelă a comportamentelor celuilalt, care la rândul lor sunt determinate într-o anumită măsură de comportamentele primului actor social. În aceste condiții, putem spune că un actor social aflat la un moment dat într-o interacțiune oarecare răspunde în mare măsură propriilor comportamente și acțiuni emise anterior, care au stat inițial la baza conduitei partenerului său social” (Milcu, 2008, pp. 27-28).

În aceste condiții, propunerea studiului nostru este ca, pentru a contracara această situație ambiguă, să încercăm de a influența disponibilitatea de a dona, să se introducă un al doilea criteriu de evaluare a deciziei și anume informațiile cu privire la comportamentul persoanelor similare.

Acesta va fi modelul a cărui influență va fi probată în studiul de față.

## 2. METODOLOGIA CERCETĂRII

Studiul își propune să verifice dacă putem determina o creștere a disponibilității de a dona, utilizând modelul acțiunii raționale. Astfel, am urmărit obținerea unui răspuns la întrebările următoare:

**Întrebarea 1:** În condițiile în care luarea unei decizii, conform teoriei acțiunii raționale, incumbă atât elemente de analiză cost-beneficiu, cât și validări ale opiniei ce urmează mecanismul comparației sociale, ne întrebăm dacă disponibilitatea de a dona diferă în funcție de utilitatea așteptată și comparația socială cu comportamentul semenilor?

**Întrebarea 2:** Sunt cele două variabile, în sine, un mijloc eficient de a determina o creștere a disponibilității de a dona?

**Întrebarea 3:** În condițiile în care unei persoane nu i se prezintă un set de alternative, ci i se cere să doneze pentru un singur caz, ce influență au utilitatea așteptată și comparația socială?

Pentru a răspunde întrebărilor, am formulat două **obiective ale studiului** de față, anume:

O1. Studiul impactului interacțiunii dintre utilitatea așteptată și comparația socială asupra disponibilității de a dona.

O2. Studiul impactului celor 2 variabile, în condițiile în care persoanei i se prezintă doar un singur caz.

### 2.1. Participanți

Lotul experimental este compus dintr-un număr de 43 de studenți, ai Facultății de Științe Economice din cadrul Universității Lucian Blaga din Sibiu.

Participanți au vârste cuprinse între 19 și 23 de ani, unde 81% sunt de sex feminin, 19% de sex masculin.

În etapa preliminară a fost efectuat un studiu pilot.

### 2.2. Operationalizarea variabilelor

Utilitatea așteptată, în studiul de față, va fi exprimată prin raportul dintre costul personal și beneficiul adus cauzei.

În conformitate cu modelul acțiunii raționale, vom urmări relevarea unui raport de tip cost-beneficiu favorabil, în care utilitatea reală a donației unei persoane va fi derivată din beneficiul produs cauzei caritabile.

Astfel, variabila independentă *utilitate așteptată* este operaționalizată ca fiind: percepția subiectivă a unei valori (Miclea, 1999).

Raportul vizează valoarea subiectivă a beneficiului produs, astfel, așteptarea este, ca atunci când persoana decide să doneze, va alocă o sumă mai mare, cu cât beneficiul produs este mai mare, în sensul creșterii utilității.

S-a manipulat informație cu privire la raportul dintre cheltuielile auxiliare și beneficiul efectiv al organizației caritabile, construindu-se două niveluri ale variabilei:

- nivelul 1: utilitate crescută, unde 75% din cuantumul donațiilor este direcționat către cauza pentru care persoanei i se solicită să contribuie, iar 25% sunt reținute de către asociația caritabilă, pentru cheltuieli auxiliare, care nu produc niciun beneficiu efectiv.

- nivelul 2: utilitate scăzută, unde 25% din cuantumul donațiilor este direcționat către cauza pentru care persoanei i se solicită să contribuie, iar 75% sunt reținute de către asociația caritabilă.

Nivelurile nu au fost construite a priori, ci modelate după studiul lui Baron și Szymanska (2010).

Comparația socială, în studiul de față, este operaționalizată ca fiind tendința de validare a opiniei cu privire la valoarea beneficiului, prin compararea acesteia cu informații obținute despre numărul de persoane percepute ca fiind similare, care au donat pentru cauza respectivă. Este un proces similar celui de comparare cu membrii grupului de apartenență, grup definit ca loc de afirmare și diferențiere a sinelui în procesul comparării cu ceilalți (Milcu, 2008, p. 28).

Participanților le sunt oferite informații cu privire la comportamentul unui grup de persoane, care comportă atribute similare, vis-à-vis de cauza pentru care se solicită donații. Astfel, le sunt oferite informații despre comportamentul prosocial al populației de studenți din care fac parte, indicându-li-se un procent din populație, care a donat cauzei respective.

Nivelurile au fost construite în baza studiului lui James Anderoni și al lui John Karl Scholz (1998), care arată faptul că relevarea unei creșteri de 10% a membrilor grupului de referință duce la creșterea contribuției personale, cât și din studiul lui Bruno Frey și Stephen Meier (2004), unde aceștia manipulează informații cu privire la procentul de studenți care donează.

Astfel, avem două niveluri ale variabilei *comparație socială*, anume:

- nivelul 1: procent crescut de studenți care au donat, respectiv 80%

- nivelul 2: procent scăzut de studenți care au donat, respectiv 20%.

Întrucât din cadrul comportamentului prosocial ne vom referi doar la cantitatea donată, vom numi variabila dependentă: disponibilitatea de a dona (*willingness to donate*).

Termenul este un derivat al *conceptului willingness to pay*, concept important al analizei de tip cost-beneficiu, care desemnează disponibilitatea de a plăti, ce variază



în funcție de utilitatea atribuită (valoarea subiectivă a unei decizii).

În mod concis, aceasta depinde de valoarea atribuită beneficiului, produs ca rezultat al unei sume alocate.

Variabila dependentă reprezintă suma de bani pe care o persoană declară că este dispusă să o doneze.

Va fi măsurată pe scală de raport, prin înregistrarea sumei donate de către fiecare participant.

### 2.3. Design-ul studiului

Designul utilizat a fost design-ul experimental bifactorial, double blind, cu grupuri independente.

Luând în considerare variabilele experimentale și modalitățile acestora, avem 4 condiții experimentale, ca atare vom avea 4 grupuri (Tabelul.1):

Grupul 1 – va fi supus condiției utilitate crescută, comparație socială crescută (u+c+)

Grupul 2 – va fi supus condiției utilitate crescută, comparație socială scăzută (u+c-)

Grupul 3 – va fi supus condiției utilitate scăzută, comparație socială crescută (u-c+)

Grupul 4 – va fi supus condiției utilitate scăzută, comparație socială scăzută (u-c-)

Grupurile au fost codate după cum urmează: 1til+com+; 2til+com-; 3til-com+; 4til-com-

Tabelul 1. Schema design-ului experimental

	Comparație socială -Crescut-	Comparație socială -scăzut-
Utilitate -Crescut-	++	+-
Utilitate -scăzut-	- +	--

### 2.4. Ipoteza

- *Ipoteză generală* a studiului pornește de la prezumția că utilitatea așteptată și comparația socială influențează în mod pozitiv disponibilitatea de a dona, atrăgând după sine o creștere a sumei donației.

- *Ipoteza specifică*, cea cu care vom lucra, supunând-o procedurii de confirmare este următoarea:

Dacă beneficiul adus cauzei și numărul donațiilor persoanelor cu atribute similare cresc, atunci crește disponibilitatea de a dona.

Procedura include două faze: faza I, care reprezintă cover story-ul (al cărui scop era acela de a oferi participanților un nivel minim, constant de resurse financiare, pentru a evita înregistrarea unui fals 0) și faza a II-a, cea experimentală, în care participanții au fost rugați să doneze unei asociații, ce comportă caracteristici ale celor 2 variabile.

## 3. REZULTATELE STUDIULUI

Pentru studiul de față am utilizat ANOVA factorială, pentru eșantioane independente, dorind să testăm variația mediilor a 4 grupuri independente, pentru a verifica ipoteza conform căreia factorii utilitate așteptată și comparație socială influențează disponibilitatea de a dona.

Datele au fost prelucrate utilizând programul IBM SPSS STATISTICS for WINDOWS v. 20.0.

Tabelul de mai jos (Tabelul. 2) sintetizează mediile variabilei dependente. Variațiile care depășesc limitele

intervalului de încredere de 2.829 – 4.167 vor fi semnificative din punct de vedere statistic

Tabelul 2. Variațiile mediei generale aferente variabilei dependente

Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
		Lower Bound	Upper Bound
3.498	.331	2.829	4.167

Tabelul următor (Tabelul 3) ne arată diferența mediilor înregistrate în cele 4 grupuri experimentale.

Putem observa faptul că există o diferență între media disponibilității de a dona aferentă celor 4 condiții experimentale, unde observăm că mediile grupurilor variază.

În condițiile în care s-au respectat cerințele pentru aplicarea procedurii ANOVA, iar sursele confundate de variație exterioare au fost controlate, putem afirma că aceste variații sunt cauzate de manipularea variabilelor experimentale.

Tabelul 3. Mediile și abaterile standard a celor 4 grupuri experimentale

Utilitatea așteptată	Comparație socială	Mean	Std. Deviation	N
crescută	procent mare	6.64	3.107	11
	procent mic	3.18	1.834	11
	Total	4.91	3.054	22
scăzută	procent mare	2.27	1.679	11
	procent mic	1.90	1.663	10
	Total	2.10	1.640	21
Total	procent mare	4.45	3.306	22
	procent mic	2.57	1.832	21
	Total	3.53	2.823	43

Astfel, pentru grupul în care s-au utilizat nivelurile maxime ale celor două variabile (grupul 1, condiție utilitate crescută și procent mare de persoane) observăm că media donației este de 6.64, în vreme ce pentru grupul care s-a încadrat în condiția scăzută (grupul 4, cu utilitatea așteptată scăzută și procent mic de persoane) observăm faptul că media este de 1.90.

Mediile grupurilor aferente condițiilor mixte ne arată faptul că utilitatea așteptată atrage după sine o valoare mai mare decât comparația socială, obținându-se pentru grupul 2 (utilitate crescută, comparație socială cu un procent mic de persoane) o medie de 3.18, iar pentru grupul 3 (utilitate scăzută, comparație socială cu un procent mare de persoane) o medie de 2.27.

În graficul de mai jos (Fig.1), avem ilustrată variația disponibilității de a dona în funcție de variația utilității așteptate și a comparației sociale.

Observăm faptul că cele două drepte nu sunt paralele. ceea ce înseamnă că există posibilitatea unei interacțiuni.



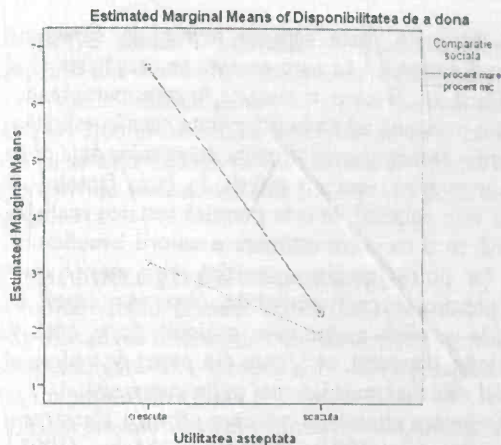


Figura 1. Influența interacțiunii dintre utilitatea așteptată și comparația socială asupra disponibilității de a dona

Pentru a verifica semnificația rezultatelor obținute, vom prezenta și analiza rezultatele analizei de varianță. Tabelul următor (Tabelul 4) reprezintă testul F, în tabelul sumar ANOVA two-way. El ne prezintă informații despre diferențele înregistrate în variația disponibilității de a dona, provocate de utilitatea așteptată și comparația socială, cât și despre semnificația statistică a acestora.

Tabelul 4. Tabelul sumar ANOVA bifactorial

Source	Type Sum of Squares	III df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	151.434 <sup>a</sup>	3	50.478	10.742	.000
Intercept	525.171	1	525.171	111.76	.000
utilitatea.asteptata	85.508	1	85.508	18.197	.000
comparatie.socia/a	39.300	1	39.300	8.363	.006
utilitatea.asteptata* comparatie.socia/a	25.481	1	25.481	5.423	.025
Error	183.264	39	4.699		
Total	872.000	43			
Corrected Total	334.698	42			

Rezultatele indică faptul că avem o diferență semnificativă statistic, între mediile celor 4 niveluri, aferente variabilelor experimentale

Din analiza datelor se observă că din cele trei raporturi F calculate, toate cele 3 sunt semnificative statistic, având F pentru interacțiunea celor două (1,39)= 5.42 ,  $p=0.025 < 0.05$ , F pentru utilitate așteptată (1,39)= 18.19,  $p=0.000 < 0.01$  și. F pentru comparație socială (1,39)= 8.36,  $p=0.006, < 0.05$

Rezultatele arată că există o diferență statistic semnificativă, între mediile variațiilor grupurilor experimentale, unde avem un rezultat semnificativ statistic al interacțiunii celor 2 variabile, dar se observă

că acesta este mai mic decât rezultate obținute pentru cele 2 efecte principale semnificative, cel al utilității așteptate și al comparației sociale..

Pentru a stabili mărimea raportului am calculat doi indici ai mărimii efectului: coeficientul Eta pătrat  $\eta^2$  și indicele Cohen  $f$ . Cele două desemnează magnitudinea variației.

Tabelul următor ne prezintă informații cu privire la mărimea efectului. Aici avem coeficientul Eta pătrat și indicele puterii statistice a manipulării efectuate.

Urmărind Tabelul 5, observăm că am obținut  $\eta^2=0.122$  pentru interacțiune,  $\eta^2$  pentru utilitate așteptată=0.318 și pentru comparație socială  $\eta^2=0.177$ .

Tabelul 5. Coeficientul  $\eta^2$  și puterea statistică a testului

Source	Partial Squared	Eta Noncent. Parameter	Observed Power
Corrected Model	.452 <sup>a</sup>	32.226	.998
Intercept	.741	111.761	1.000
utilitatea.asteptata	.318	18.197	.986
comparatie.socia/a	.177	8.363	.805
utilitatea.asteptata * comparatie.socia/a	.122	5.423	.622
Computed using alpha = .05			

Totodată, din tabelul de mai sus, putem analiza puterea statistică de a detecta existența efectului. Acest calcul este important, deoarece vizează validitatea internă a concluziilor extrase.

Pragul ales pentru testarea ipotezei nule este de 0.05.

Eroarea de tip II este complementară cu puterea statistică. Astfel, observăm faptul că pentru interacțiune se înregistrează cea mai mică valoare, 0.622 ( $\beta=0.378$ ), pentru utilitatea așteptată obținem cel mai mare indice al puterii statistice, 0.986 – ( $\beta = 0.014$ ), iar pentru comparația socială 0.805 ( $\beta=0.195$ )

În continuare, am calculat indicele de diferență Cohen, după formula:

$$f = \sqrt{\frac{\eta^2}{1 - \eta^2}}$$

Am obținut următoarele rezultate:

-pentru interacțiunea celor două variabile:

$$f_{\text{interacțiune}} = \sqrt{\frac{0.122}{1 - 0.122}} = 0.372$$

- pentru variabila utilitate așteptată:

$$f_{\text{utilitate}} = \sqrt{\frac{0.318}{1 - 0.318}} = 0.682$$

- pentru variabila comparația socială:

$$f_{\text{comparatie}} = \sqrt{\frac{0.177}{1 - 0.177}} = 0.463$$

### 3. CONCLUZII

Rezultatele studiului indică faptul că în contextul donațiilor, unde nu este implicată algerea dintre mai multe alternative cu potențial crescut de risc, efectul celor două variabile rămâne stabil, putându-se formula predicții asupra comportamentului.

S-a demonstrat faptul că cele două variabile independente luate în discuție aici duc la o creștere a disponibilității de a dona.



S-a observat că dintre efectele principale ale celor doi factori, utilitatea așteptată are o pondere mai mare decât tendința de conformare la majoritatea invocată. Acest aspect vizează ponderea relativă a acestor componente, unde termenul relativ ne informează asupra faptului că ele sunt dinamice și nu prestabilite. Pondere lor în estimarea sumei ce va fi donată poate fluctua, neputând fi vorba de o ordine, sau după cum afirmă colegii care tratează comportamentul economic, de o preferință.

Rezultatele obținute de către studiul prezent confirmă așteptările teoriei acțiunii raționale, care stipulează faptul că, deși cele două componente (cea rațională și normativă) nu se exclud reciproc, acestea tind să ocupe o pondere mai mare, în diferite circumstanțe. Astfel, așteptarea este că în funcție de un set de coordonate atribuite problemei, intenția de a acționa va fi definită preponderent de influența unuia dintre cei doi factori. Acesta este cazul și aici, am pus în evidență faptul că, deși utilitatea așteptată și comparația socială împreună produc un efect asupra disponibilității de a dona, cele două au efect semnificativ în mod individual asupra disponibilității de a dona.

În această direcție, rezultatul obținut pentru interacțiunea celor două pare să sugereze același lucru, anume că ele produc un efect semnificativ luate separat, astfel încât efectul interacțiunii este discutabil.

O primă contribuție o vom considera extensia teoriei acțiunii raționale (utilizată în mod tradițional, preponderent în studii de marketing) asupra comportamentului prosocial. Acest lucru demonstrează faptul că o viziune canonică, exclusivistă impiedică identificarea de noi metode de stimulare a comportamentelor prosociale. Studiul aduce o contribuție în sensul depășirii acestei limite, identificând aceste două surse de influență, atipice (din punct de vedere strict teoretic) pentru domeniul donațiilor.

Astfel, observăm că în momentul în care cineva solicită donații, decidenții vor fi sensibili la beneficiul pe care ei îl provoacă respectivei cauze, cât și la opinia altor persoane, fie ea explicită sau, cum a fost tratată în studiul prezent, implicită, cu privire la respectivul comportament. Asta înseamnă că și în actele de caritate decizia de a dona este mediata de raționamentul maximizării utilității și cel al acordului cu norma unui grup sau a unor persoane.

Rezultatele obținute de către noi sunt similare cu cele ale lui Ubel, DeKay, Baron et al (1996), care demonstrează că persoanele tind să doneze în direcția maximizării utilității, unde aceștia au ales să ofere resurse preponderent unui grup cu șanse mai mari de satisfacere a acestui scop (grupul cu 80% șansă).

În ceea ce privește comparația socială, observăm faptul că persoanele sunt mai degrabă înclinate să doneze, atunci când le este relevat comportamentul semenilor lor. „Astfel, cei doi actori sociali implicați în interacțiune își oferă reciproc un ansamblu de sancțiuni și recompense, permițând finalmente reglarea, ajustarea comportamentelor emise unul față de celălalt” (Milcu, 2008, p. 28).

Creșterea apare, conform teoriei mecanismului comparației sociale, în contextul în care o solicitare pentru a dona este marcată de ambiguitate. Acest lucru

vizează în mare parte aspecte legate de caracterul mijlocit al ajutorului pe care aceasta se pregătește să îl ofere. Dacă am fi creat o situație în care participanții observă o persoană aflată în dificultate care le solicită o contribuție, atunci disponibilitatea dumnealor de a dona s-ar fi comportat oarecum diferit, în baza faptului că acel caz este palpabil, le este permisă testarea realității împreună cu o oarecare estimare a valorii beneficiului produs (ar putea înregistra reacția). Ori, atunci când vorbim despre asociații caritabile, observăm faptul că scopul de a oferi ajutor este mijlocit de o entitate (organizație, persoană, etc), care din punct de vedere al persoanei este mai mult sau mai puțin cunoscută.

Într-o asemenea situație, după cum afirmau Hansmann (1980), Wenzel (1994), Webb și Mohr (1998), ambiguitatea care marchează disponibilitatea de a dona poate fi contracarată prin prezentarea unui număr de persoane cu atribute similare, care au ales să doneze pentru asociația respectivă. Creșterea valorii donate este rezultanta comparării informațiilor cu privire la comportamentul majorității, fiind interpretat ca și feedback pentru alegerea personală. Din rezultatele studiului, coroborate cu rezultatele studiilor similare, observăm faptul că tendința persoanelor de a-și modifica disponibilitatea de a dona, pentru a fi în acord cu comportamentul majorității se conservă și atunci când vorbim despre donații. Acest aspect este în acord și cu descoperirea lui King (1975), care subliniază faptul că persoanele caută să obțină clarificare cu privire la propriul comportament, în momentul în care sunt puși în fața unei situații incerte.

Obținerea unei valori mai mici decât în cazul utilității așteptate apare datorită faptului că persoanele nu sunt predispuse invariabil la a se conforma unei opinii generale, ci acest lucru este mediat de motivația lor (Fishbein și Ajzen, 1975).

Croson și Shang (2008) atrag atenți asupra aceluiaș aspect, unde modificarea apare, într-adevăr, dar fluctuează în funcție de antecedentele personale cu asociații caritabile.

În ceea ce privește studiile efectuate în România, revenim la raportul celor de la GfK și constatăm faptul că manipularea propusă atrage într-adevăr o creștere a contribuției personale, peste limita inferioară a mediei donațiilor, având în grupul aferent manipulării puternice a ambelor variabile, valori care baleiază de la minim 5 la maxim 12 lei.

Totodată, așa cum notează și studiul efectuat de către FDSC (România, 1996), scepticismul vis-à-vis de asociații caritabile duce la o scădere a contribuției personale. Studiul de față produce rezultate care demonstrează faptul că prin manipularea utilității așteptate și a informației cu privire la comportamentul persoanelor similare oferă posibilitatea ca acesta să fie depășit. Studiul a fost condus în interiorul instituției în care participanții studiază, astfel, cunoștiințe despre faptul că un procent dintre colegi au oferit asociației caritabile respective a creat premisa ca acestea să evalueze în mod favorabil contribuția proprie și să atragă după sine o creștere a contribuției personale.

Studiul actual face un pas în depășirea prezumției că persoanele fac o evaluare corectă a probabilității de a produce un beneficiu mai mare prin raport cu



alternative similare (utilizată în mod tradițional în donațiile din domeniul medical, ce vizează distribuția unor resurse limitate pentru un număr net mai mare de cazuri). Studiul ne indică posibilitatea de a utiliza cu succes această metodă de influență și în situația în care alternativele persoanelor sunt limitate la a dona sau a nu dona.

#### 4. NOI DIRECȚII DE CERCETARE

Prezentul studiu permite trasarea câtorva noi direcții, care vor aduce informații utile domeniului de studiu al comportamentului prosocial, cu precădere al disponibilității de a dona.

O primă direcție vizează extinderea studiului la un grup heterogen, reprezentativ, unde particularități precum sex, vârstă, venituri diferite, categorii sociale diferite, etc. Pot fi randomizate, stratificate pentru a obține o imagine de ansamblu asupra tendinței unei populații.

O a doua direcție, vizează formularea unui studiu experimental care vizează doar variabila utilitate așteptată, constatându-se faptul că aceasta a avut un impact mai mare asupra disponibilității de a dona. În cadrul acestuia s-ar putea opta pentru clarificarea utilității, prin invocarea unor elemente palpabile pentru a explica impactul produs de către costurile donatorilor (bunuri achiziționate, număr de persoane ajutate, etc).

O a treia sugestie este formularea unui studiu care vizează motivația persoanelor de a se conforma la comportamentul prosocial al altor persoane. Acest lucru ar permite rafinarea unor metode de influență a disponibilității de a dona.

A patra sugestie vizează posibilitatea studierii celor două variabile în cadrul unui studiu mixt, care ne permite acces la un volum mai amplu, mai complex de informație cu privire la impactul utilității așteptate și al comparației sociale asupra disponibilității de a dona.

O a cincea sugestie, merge în direcția studiului amănunțit al analizei influenței celor doi factori, unul asupra celuilalt. S-ar putea verifica aici dacă una dintre ele este formată cu precădere în raport cu cealaltă. O bănuială personală este aceea că, în atribuirea unei valori beneficiului pe care persoanele îl provoacă, ponderea comparației sociale este mai mare decât relevată în prezentul studiu. S-ar putea formula astfel un studiu care să vizeze modul în care fluctuează opinia despre beneficiul adus organizației caritabile determinată de variația influenței sociale.

#### 5. LIMITE ALE STUDIULUI

a. Participanții incluși aparțin unei singure categorii. studenți, aceștia dispunând de venituri limitate, fiind în mare măsură dependenți de alte surse de venit (ex: părinți, aparținători legali, etc).

b. Participanții fac toți parte din aceeași categorie de vârstă (19-23 de ani), neavând un eșantion diversificat, care ne-ar permite să formulăm predicții și pentru alte categorii.

c. O altă limită potențială, ar putea fi faptul că participanții sunt cu toții studenți ai Facultății de Științe Economice. Ca atare, neavând un lot compus din studenți ai mai multor specializări, acest aspect comportă o limită a studiului. Totodată, există posibilitatea ca raportul de tip cost-beneficiu să fi avut

aici o pondere semnificativă, datorită faptului că acest tip de analiză le este familiar și o pot considera ca având o pondere mai mare decât comparația socială, strict prin prisma specializării.

#### 6. BIBLIOGRAFIE

- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1973). Attitudinal and Normative Variables as Predictors of Specific Behaviors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 27, 41-57.
- Alpizar, F., Carlsson, F., Olof, J.S. (2008). Anonymity, reciprocity, and conformity: Evidence from voluntary contributions to a national park in Costa Rica. *Journal of Public Economics* 92, 1047-1060.
- Andreoni, J. (1998). Toward a Theory of Charitable Fund-Raising. *Journal of Political Economy*, 106, 1186-1213. Chicago: University of Chicago Press.
- Anderoni, J., Scholtz, J.K. (1998). An econometric analysis of charitable giving with independent preferences. *Economic Inquiry*, 36, 410-426.
- Aronson, J., Fried, C. B., & Good, C. (2002). Reducing the effects of stereotype threat on african american college students by shaping theories of intelligence. *Journal of Experimental Social Psychology*, 38, 113-125.
- Arrow, K. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 53(5), 941-973.
- Asociația pentru Relații Comunitare, Allavida (2003). Tendințe ale comportamentului filantropic în România: donatori individuali și companii, ARC, Allavida, Cluj-Napoca.
- Bagozzi, R.P. (1981). Attitudes, intentions, and behavior: A test of some key hypotheses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41(4), 607-627.
- Baron, J., & Szymanska, E. (2010). Heuristics and biases in charity. *The science of giving: Experimental approaches to the study of charity* 215-236. NY: Taylor and Francis
- Batson, C.D., Shaw, L.L. (1991). Evidence for altruism: toward a pluralism of prosocial motives. *Psychological Inquiry*, 2, 107-122.
- Batson, C.D., & Weeks, J.L. (1996). Mood effects of unsuccessful helping: another test of the empathy-altruism hypothesis. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 148-157.
- Batson, C., D. (1998). Altruism and prosocial behavior. *The Handbook of Social Psychology*, 4th ed, 2, 282-316. NY: McGraw-Hill.
- Bhat, C. R., & Koppelman, F. S. (1999). A retrospective and prospective survey of time-use research. *Transportation*, 26(2), 119-139.
- Burnstein, E., Crandall, C., & Kitayama, S. (1994). Some neo-Darwinian rules for altruism: Weighing cues for inclusive fitness as a function of the biological importance of the decision. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 773-789.
- Charness, G., Gneezy, U. (2008). What's in a name? Anonymity and social distance in dictator and ultimatum games. *Journal of economic behavior & organization*, 68, 29-35.
- Chelcea, S. (1996). Psihologie socială. Aspecte contemporane. 444-459, Iași: Polirom.



- Chen, Y., Harper, M., Konstan, J., & Li, X. (2010). [2008] Social Comparisons and Contributions to Online Communities: A Field Experiment on MovieLens. *American Economic Review*, 4, 100-151.
- Cialdini, R. B., Brown, S.L., Lewis B.P., Luce, C., & Neuberg, S.L. (1997). Reinterpreting the empathy-altruism relationship: when one into one equals oneness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 481-494.
- Cohen, D. (1967). Optimising reproduction to a randomly varying environment when a correlation may exist between the conditions at the time a choice has to be made and the subsequent outcomes. *Journal of Theoretical Biology*, 16, 1-14.
- Departamentul integrat de comunicații și marketing al Universității Lucian Blaga Sibiu (2012) Studiul privind profilul studenților din cadrul ULBS anul 2011-2012 [http://www.ulbsibiu.ro/ro/universitate/publ\\_interne/documente/raport-profilul-studentilor\\_2011-2012.pdf](http://www.ulbsibiu.ro/ro/universitate/publ_interne/documente/raport-profilul-studentilor_2011-2012.pdf), accesat în data de 2.06.2012, ora 14:23.
- Desmet, P., & Feinberg, F.M. (2003). Ask and ye shall receive: The effect of the appeals scale on consumer donation behavior. *Journal of Economic Psychology*, 24, 349-376.
- Dickert, S., Sagara, N., & Slovic, P. (2011). Affective motivations to help others: A two-stage model of donation decisions. *Journal of Behavioral Decision Making*, 24, 361-376.
- Dovidio, J. F. (1984) Helping behavior and altruism: an empirical and conceptual overview. *Advances in Experimental Social Psychology*, 17, 361-427. NY: Academic.
- Dovidio, J.F., Piliavin, J.A., Gaertner, S.L., Schroeder, D.A., & Clark, R.D. (1991). The arousal. Cost-reward model and the process of intervention. *Journal of Personality and Social Psychology*, 12, 86-118, CA: Sage, Newbury Park.
- Dovidio, J.F., & Penner, L.A. (2001). Helping and altruism. *International Handbook of Social Psychology: Interpersonal Processes*, 162-195, Oxford: Blackwell Sci.
- Ebeling, F., Feldhaus, C., & Fendrich, J. (2012). Follow the leader or follow anyone-evidence from a natural field experiment *Working Paper Cologne Graduate School in Management, Economics and Social Sciences*.
- Eisenberg, N., & Miller, P. A. (1987). The relation of empathy to prosocial and related behaviors. *Psychological Bulletin*, 101(1), 91-119.
- FDSC, CENTRAS (2007). Analiza mecanismelor de finanțare directă de la bugetul de stat pentru organizații neguvernamentale în România <http://www.fdsc.ro/documente/15.pdf>, accesat în data de 25.05.2012, ora 23:41.
- Festinger, L. (1954). A Theory of Social Comparison Processes. *Human Relations*, 7, 117-140.
- Fischbacher, U., Gächter, S., & Fehr, E. (2001). Are people conditionally cooperative? Evidence from a public goods experiment. *Economic Letters*, 71, 397-404.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research. NY: Pearson Addison-Wesley Publishing Company Inc.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1981). Attitudes and voting behavior: An application of the theory of reasoned action. *Progress in Applied Social Psychology*, 1, 253-313. London: Wiley.
- Frey BS, & Meier S. (2004). Prosocial Behavior in a Natural Setting. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 54, 65-88.
- Gfk Verein (2011). International survey on the topic of charity and donations [http://www.gfk-verein.de/files/pm\\_gfk\\_verein\\_charity\\_eng\\_fin.pdf](http://www.gfk-verein.de/files/pm_gfk_verein_charity_eng_fin.pdf) accesat în data de 24.05.2012, ora 18:42.
- King, S.W. (1975) Communication and social influence. 12-43. NY: Pearson Addison-Wesley Publishing Company Inc.
- Schwartz-Shea, P., & Simmons, R. T. (1991). Egoism, parochialism, and universalism. *Rationality and Society*, 3, 106-132.
- Hansmann, H.B. (1980). The role of nonprofit enterprise. *Yale Law Journal*, 89, 834-902.
- Henrich, J., Boyd, R., Bowles, S., Camerer, C., Fehr, E., Gintis, H., & McElreath, R. (2001). In search of homo economicus: Behavioral experiments in 15 small-scale societies. *American Economic Review*, 73-78.
- Heldt, T. (2005) Conditional cooperation in the field: cross-country skiers' behavior in Sweden, Working Paper. Dalarna University College.
- Hoffman, E., McCabe, K., & Smith, V.L. (1996). Social Distance and Other-Regarding Behavior in Dictator Games. *American Economic Review*, 86, 653-660.
- Hornstein, H. A, LaKind, E., Frankel, & G., Manne, S. (1975). Effects of knowledge about remote social events on prosocial behavior, social conception, and mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32(6), 1038-1046.
- Jemmott, J.B, Jemmott, L.S, & Fong, G.T. (1992). Reductions in HIV risk-associated sexual behaviors among black male adolescents: effects of an AIDS prevention intervention. *American Journal of Public Health* 82, 372-377.
- Karlan, D., & McConnell, M.A.. (2012). Hey Look at Me: The Effect of Giving Circles on Giving, *Working Papers Economic Growth Center, Yale University*.
- Lockwood, P., & Kunda, Z. (1997). Superstars and me: Predicting the impact of role models on the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 91-103.
- Martin, R., & Randal, J. (2008). How is donation behaviour affected by the donations of others? *Journal of Economic Behavior & Organization*, 67, 228-238.
- Maxwell, S. E., & Delaney, H. D. (2004). Designing experiments and analysing data: A model comparison perspective, 2nd ed., 110-114, NJ: Erlbaum & Associates, Inc.
- McDougall, W (1908). Introduction to social psychology. 209-227. London: Methuen & Co.
- Miclea, M. (1999). Psihologie cognitivă. Modele teoretico-experimentale. Iași: Polirom.
- Milcu, M. (2008). *Psihologia relațiilor interpersonale. Competiție și conflict*, Ed. Polirom, Iași.
- Omoto AM, & Snyder, M. (1995). Sustained helping service, and perceived attitude change among AIDS



volunteers. *Journal of Personality and Social Psychol*, 68:671-687.

Piliavin, J.A., Callero, P., & Evans, D.E. (1982) Addiction to altruism? Opponent-process theory and habitual blood donation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 1200-1213.

Piliavin, J. A., Dovidio, J. F., Gaertner, S. L., & Clark, R. D. (1981). *Emergency intervention*. NY: Academic press.

Sava, F. (2004), Analiza datelor în cercetarea psihologică. Metode statistice complementare. 107-112. ClujNapoca: ASCR.

Săulean, D., (1999) Sursele sociale ale vieții asociative și filantropiei în contextul tranziției [www.fdsc.ro/documente/22.pdf](http://www.fdsc.ro/documente/22.pdf) - accesat în data de 14.07.2012, ora 01:17.

Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1988). A model of behavioral selfregulation: Translating intention into action. *Advances in experimental social psychology*, 21, 303-346. New York: Academic Press.

Schelling, T.C. (1968). The Life you Save may be your own. *Problems in Public Expenditure Analysis*. 127-162. Washington DC: The Brookings Institute,.

Schwartz-Shea, P., & Simmons, R. T. (1991). Egoism, parochialism, and universalism. *Rationality and Society*, 3, 106-132.

Schwartz, S.H. (1973). Normative explanations of helping behavior: a critique, proposal, and empirical test. *Journal of Experimental Social Psychology*, 9, 349-64.

Schwartz, S.H., & Howard, J.A. (1982). Helping and cooperation: a self-based motivational model. *Cooperation and Helping Behavior: Theories and Research*, 327-353. NY: Academic Press.

Shang, J., & Croson., R. (2006). The impact of social comparisons on nonprofit fundraising. *Research in Experimental Economics*, 11, 143-156.

Soetevent, A. R. (2005). Anonymity in giving in a natural context--a field experiment in 30 churches. *Journal of Public Economics*, 89, 2301-2323. London: Elsevier.

Soyer, E., & Hogarth, R.M. (2011) The size and distribution of donations: Effects of number of recipients. *Judgment and Decision Making*, 6(7), 616-628.

Stutzer, A., Goette, L., & Zehnder, M. (2011). Active decisions and prosocial behavior: a field experiment on blood donation. *Economic Journal*, 121(556), 476-493. UK: Royal Economic Society.

Suls, J., Martin, R., & Wheeler, L. (2002). Social comparison: Why, with whom, and with what effect. *Current Directions in Psychological Science*, 11, 159-163.

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using Multivariate Statistics*, 5th edition. 54, NJ: Pearson Allyn & Bacon, Upper Saddle River

Tajfel, H. (1981). Human groups and social categories. 136-141. Cambridge: Cambridge University Press

Thorne, E. (2006). The Economics of organ transplantation. *Handbook of the Economics of giving, Altruism and Reciprocity*, 2, 1336-1372.

Ubel, P. A., DeKay, M. L., Baron, J., & Asch, D. A. (1996). Public preferences for efficiency and racial equity in kidney transplant allocation decisions. *Transplantation Proceedings*, 28, 2997-3002.

Webb, J.D., & Mohr, L.A. (1998). A typology of customers responses to Cause Related Marketing: From skeptics to socially concerned. *Journal of Public Policy and Marketing*, 17, 226-239.

Wenzel, M. (2004). The social side of sanctions: Personal and social norms as moderators of deterrence. *Law and Human Behavior*, 28, 547-567.

Wildman, J., Hollingsworth, B. (2009). Blood donation and the nature of altruism. *Journal of Health Economics*, 28(2), 492-503.



## RELAȚIA DINTRE TEMPERAMENT ȘI EVENIMENTELE AMINTITE. CERCETARE-PILOT

CELESTINA DOLCESCU BOLDI

Facultatea de Psihologie, Universitatea Hyperion, București, România, celestina\_boldi@yahoo.com

**ABSTRACT:** The research is highlighting the relationship between Eysenck's temperamental traits (extraversion – introversion) and the emotional charge of the recalled events. The interest in this subject is due to the fact that, in psychology, there is still present an active preoccupation of the study of memory, where the researches on recalled events are playing an important part. Recalling, as a psychological fact, has a major importance in our life, because very often it is the basis of our manifested behavior, being deeply involved in the decisional process too.

The main objective of the research was to confirm the theory that we particularly remember our pleasant life experiences, and we have the tendency to forget more easily the unpleasant ones, and to highlight the new theory that there is a relationship between temperamental traits and the emotional resonance of the recalled events. The applied aim was to change the emotional charge of the recalled events, by using a well-known form of therapeutic intervention – the relaxation.

In this pilot research we used 48 subjects and the following instruments: Eysenck's Test, Introversion, Depression, Anxiety Scale from Hamilton's Test, and Schultz's Autogenic Training - as a relaxation technique.

The results, obtained and interpreted using Wilcoxon T Test and Mann-Whitney U Test, confirmed our hypothesis: the subjects particularly recall the pleasant life experiences and forget more easily the unpleasant ones; the introverted subjects have the tendency to particularly recall the unpleasant events, while the extraverted subjects the pleasant ones; in relaxation the subjects are re-actualizing the pleasant experiences, regardless the temperamental type.

The hypothesis regarding the influence of the trinity - irritability, depression, and anxiety - on recalling the events, was partially confirmed, as we obtained insignificantly correlations between the pleasant recalled events and external irritability, this proving that it doesn't have a significant influence on the emotional charge of the memories.

**Key words:** memories, temperament, experiences, emotional resonance, relaxation.

### 1. INTRODUCERE

În urmă cu peste două milenii, filosoful grec Teofrast a scris, pe la vârsta de 99 ani, o carte celebră intitulată "Caractere", în care a pus o întrebare care se află și astăzi în centrul atenției psihologilor: "Oare cum se face că, deși întreaga Grece se întinde sub același soare și toți grecii primesc aceeași educație, ne-a fost dat, totuși, să avem caractere atât de deosebite unii de ceilalți?".

Temperamentul constituie pe de o parte latura dinamică a personalității, furnizându-ne informații referitoare la conduita individului – mobilă sau rigidă, rapidă sau lentă, accelerată sau încetă, uniformă sau neuniformă, iar pe de altă parte latura energetică a personalității, oferindu-ne date despre cantitatea de energie a individului și de modul în care este utilizată aceasta. Diferențele psiho – comportamentale existente între oameni sunt practic diferențe temperamentale.

Eysenck studiază, experimentează și susține modelul tri-dimensional al personalității, în care extraversia – introversia, nevrotismul și psihotismul sunt dimensiunile fundamentale care se organizează într-o structură generală denumită tipul de personalitate. Dintre cele trei dimensiuni considerate ca axe ale naturii umane, extraversia – introversia este cel mai larg acceptată.

Putem afirma că persoanele extraverte se diferențiază față de persoanele introverte și prin felul, prin caracteristica plăcută sau neplăcută a evenimentelor din viața personală pe care și le amintesc. Ne referim aici într-un prim moment la o amintire care nu este legată nici de starea în care se află persoana în momentul

reamintirii și nici de retrăirea stării pe care a simțit-o în momentul întâmplării evenimentului pe care și-l amintește. Nu este vorba deci despre memoria afectivă și nici despre memoria în funcție de stare, ci pur și simplu de tipul de amintire care îi revine în conștiință la un moment dat (sau chiar în general) unei persoane fie introvertă, fie extravertă. Am putea spune că într-un fel este vorba de memorie episodică, întrucât aceasta se referă la memoria evenimentelor autobiografice: când și unde persoana respectivă a trăit un eveniment.

Memoria - ca proces psihic de reflectare a experienței anterioare prin fixarea, recunoașterea și reproducerea imaginilor senzoriale, ideilor, stărilor afective - realizează coerența vieții interioare și a legăturilor interdependente cu realitatea obiectivă. Este asemănătoare unei coloane vertebrale a personalității, fiind puternic și semnificativ implicată în conturarea identității. Ea poate fi spontană și neintenționată, verbală, acțională, afectivă, dar și voluntară, intenționată. În acest din urmă caz ea se realizează prin eforturile depuse de individ și noi ne referim, în lucrarea de față, la acest gen de memorie. În foarte multe dintre cercetările asupra memoriei umane s-au utilizat materiale verbale, deoarece cuvintele sunt ușor de prezentat, iar răspunsurile date de subiecți sunt ușor de înregistrat și clasificat. În lucrarea noastră însă, experimentul realizat ține de amintirea "liberă" a unor evenimente de viață dintr-o perioadă de timp clar delimitată.

Memoria este compatibilă și cu starea psihică în care se află individul la un moment dat. S-a constatat experimental că atunci când persoanele care prezintă



stări de deprimare sunt solicitate să reactualizeze amintiri de natură autobiografică, ele au tendința de a reactualiza incidente nefericite.

De asemenea, s-a constatat și că persoanele caracterizate printr-o iritabilitate crescută au tendința de a-și aminti evenimente cu încărcătură neplăcută din punct de vedere afectiv din viața lor, ceea ce nu face decât să le întrețină sau și mai grav, să le amplifice starea de iritabilitate.

Amintirea evenimentelor neplăcute este deseori asociată și cu o stare de anxietate nepatologică, însă în care sunt prezente neliniștea, apăsarea, tensiunea, o oarecare doză de îngrijorare și teamă nemotivată, toate acestea fiind neconfortabile din punct de vedere psihologic. Se pare că trăirea unei astfel de stări atrage după sine o serie de amintiri cu încărcătură afectivă negativă, persoana intrând astfel într-un gen de cerc vicios, care îi întreține starea.



Figura 1. Modelul de personalitate al lui Eysenck

Memoria este un proces activ și nu o înregistrare pe bandă, automată, a evenimentelor trecute. Amintirile unei persoane depind de o serie de factori individuali și de factori externi. Bower, de exemplu, a prezentat modalitatea în care emoțiile ne pot influența amintirile într-un studiu amplu. El a cerut subiecților să țină un jurnal timp de o săptămână și să noteze toate lucrurile plăcute sau neplăcute care li s-au întâmplat. La sfârșitul săptămânii, subiecții au fost hipnotizați și li s-a cerut să-și amintească evenimentele din timpul săptămânii în care au ținut jurnalul. Dar, înainte de aceasta, li s-a sugerat fie că erau într-o dispoziție bună, fie într-o dispoziție proastă. Subiecții care erau într-o dispoziție bună și-au amintit mai mult lucruri plăcute care li se întâmplaseră în săptămâna respectivă, în timp ce subiecții care erau într-o dispoziție proastă și-au amintit mai mult lucruri neplăcute. Toate acestea ne arată că memoria, departe de a fi pasivă, statică, este un proces activ, influențat de modul în care înțelegem evenimentele și de sentimentele noastre subiective.

Un alt experiment crucial realizat de Sir Frederick Bartlett și prezentat în cartea sa "Remembering", evidențiază faptul că în procesul de reactualizare a unui fragment, primul lucru pe care subiectul are tendința de a-l reactualiza este atitudinea sa față de acel fragment. El consideră că "reactualizarea care se face apoi constituie o structură care se sprijină în mare parte pe

atitudinea sa, iar efectul general este acela al unei justificări a acestei atitudini".

Gordon Bower, de la Universitatea Stanford, a utilizat hipnoza pentru a imprima subiecților stări de tristețe sau de bucurie, cerându-le să-și imagineze o scenă în care să fie foarte fericiți sau dureros de nefericiți. Apoi subiecții aflați în starea aceea de fericire sau de nefericire au învățat liste de cuvinte pe care și le-au reamintit exact în aceleași stări sufletești. La unul dintre experimente, procentul de cuvinte rememorate în stare afectivă asemănătoare a fost de 78 la sută, iar în absența acestei stări de numai 47 la sută. Aplicația practică a acestei concluzii este că am putea reduce uitarea prin recrearea stării emoționale în care ne găseam la un anumit moment, bineînțeles aceasta cu condiția să ne amintim despre ce moment este vorba.

O problemă principală curentă în domeniul memoriei și retenției este întrebarea dacă noi ne amintim mai bine experiențele plăcute sau experiențele neplăcute din viața noastră. Interesul psihologic în această problemă provine din legătura cu nevrozele și teoriile care explică nevrozele. În 1901, Freud a lansat teoria conform căreia uitarea nu este întotdeauna un proces pasiv datorat scurgerii timpului, ci este adesea cauzată de dorința individului de a respinge amintirea experiențelor ce au fost dureroase pentru el. Mulți psihologi cred astăzi în existența și funcționalitatea acestei teorii. Ei declară ca



au avut pacienți cărora li s-a întâmplat să uite diverse experiențe din viața lor. Este vorba de experiențe triviale, obscene, frustrante, iar ștergerea lor din memorie nu este surprinzătoare; adeseori experiența uitată este un eveniment suficient de șocant și de dureros care să inițieze o nevroză durabilă și severă. În aceste cazuri, este posibil să ne confruntăm cu un gen de uitare care nu este datorată trecerii timpului sau altui fapt similar impersonal sau nonselectiv.

Un experiment foarte interesant a fost realizat de către E. Koch. În investigarea lui, el a avut ca subiecți 76 studenți, care au fost solicitați să răspundă unui chestionar ce cuprindea 10 întrebări cu răspunsuri de tipul adevărat / fals. Fiecare scor a fost apreciat de subiect în timp ce îl primea, pe o scală cuprinsă între 1 și 5, în care 1 reprezenta cea mai neplăcută experiență, 3 indica indiferența, iar 5 – dezgustul. Cinci săptămâni mai târziu, subiecții au fost solicitați să-și amintească toate cele 10 răspunsuri. Rezultatele au dovedit că experiențele plăcute, adică cele notate cu 1, au fost de departe cele mai bine reamintite. Koch a demonstrat prin acest experiment rolul important pe care îl are intensitatea emoțională a evenimentului trăit, în amintirea acelui eveniment.

După cum reiese și din această prezentare, în psihologie este încă activă și prezentă preocuparea pentru evenimentele privind studiul memoriei. În cadrul acestor studii, un rol deosebit îl au cercetările privind amintirea evenimentelor. Dar ce este, practic, amintirea? Putem spune că aceasta este o funcție a memoriei, prin care obiectele, fenomenele, situațiile, evenimentele existente deja în memorie, sunt readuse la nivelul conștiinței. Amintirea are un rol deosebit de important în viața oamenilor, deoarece de multe ori ea stă la baza comportamentului manifest al individului, fiind implicată adânc și în procesul decizional.

Să nu uităm însă că reamintirea evenimentelor este influențată și de starea în care se află persoana, atunci când îi este solicitată reamintirea. De exemplu, dacă subiecții sunt relaxați înainte de a li se solicita să reactualizeze o serie de evenimente din viața lor, se pare că această stare ar avea o influență pozitivă asupra subiecților, în sensul că ar determina mai ales reactualizarea evenimentelor plăcute petrecute în viața acestora.

Atunci când ne referim la termenul de relaxare în sens larg, avem în vedere desprinderea individului de activitatea sa cotidiană. În sens restrâns, *relaxarea este o tehnică psihoterapeutică și autoformativă, fundamentată științific, care urmărește realizarea unei decontracturi musculare și nervoase, având ca efect un repaus cât mai eficient, economisirea energiei fizice și psihice, creșterea rezistenței la stres a organismului și diminuarea efectelor negative ale stresului deja instalat* (Irina Holdevici, 1999).

## 2. METODOLOGIA CERCETĂRII

### Obiectivele cercetării

Obiectivul general al cercetării este confirmarea teoriei care susține că ne reamintim mai ales experiențele plăcute din viață și tindem să le dăm uitării mai ușor pe cele neplăcute. În mod specific, ne propunem să reliefăm existența unei relații între tipologia

temperamentală, luând drept criteriu introversia / extraversia și rezonanța afectivă, plăcută sau neplăcută a evenimentelor amintite.

Obiectivul aplicativ al prezentei cercetări este modificarea ponderii reamintirii evenimentelor plăcute față de cele neplăcute, în sensul scăderii celor din urmă, utilizând ca formă de intervenție terapeutică relaxarea. În cadrul acestui obiectiv ne propunem să evidențiem și că una din urmările modificării anterior menționate este reducerea stărilor de iritabilitate, depresie și anxietate, de asemeni ca rezultat al relaxării, ceea ce are drept efect reactualizarea unui număr mai mare de evenimente plăcute și reducerea considerabilă a reamintirii evenimentelor neplăcute.

### Ipotezele cercetării

1. Într-o primă ipoteză a cercetării am presupus că uităm evenimentele neplăcute ale vieții noastre mai repede decât pe cele plăcute.

2. Presupunem că persoanele cu temperament extravert își amintesc cu precădere evenimentele plăcute din viața lor și reamintirea evenimentelor neplăcute din viață le este caracteristică mai ales persoanelor cu temperament introvert.

3. Dacă intervenim asupra stării afective a subiecților prin intermediul relaxării, atunci aceștia își vor reaminti mai ales evenimentele plăcute la care au participat, indiferent de tipul temperamental (introvert sau extravert) căruia îi aparțin.

4. Presupunem că există o relație direct proporțională între rezonanța afectivă a evenimentelor amintite (plăcut / neplăcut) și trinomul iritabilitate, depresie, anxietate.

5. Dacă intervenim asupra modificării stărilor de iritabilitate, depresie, anxietate în sensul reducerii acestora prin intermediul relaxării, atunci vor fi reactualizate cu precădere evenimentele plăcute.

### Variabile experimentale

În cadrul cercetării noastre, variabila independentă este dată de tipul de temperament – introvert sau extravert – căruia îi aparțin participanții și de relaxarea la care participă aceștia (antrenamentul autogen Schultz).

Variabila dependentă include frecvența evenimentelor plăcute și a celor neplăcute reamintite de subiecți în cadrul experimentului și tendința acestora la iritabilitate internă, iritabilitate externă, depresie, anxietate.

### Lotul de subiecți

Inițial, la acest experiment au participat 60 de subiecți, dar în urma unei trieri realizate pe baza Chestionarului de Personalitate Eysenck, au rămas doar 48 de participanți (introverți și extraverți), cei care au obținut scoruri care i-au situat în limitele ambiverților fiind eliminați, deoarece nu făceau obiectul cercetării noastre.

Dintre cei 48 de subiecți, 34 sunt fete și 14 sunt băieți. Media de vârstă a participanților este cuprinsă între 20 ani și 44 ani și cu toții provin din mediul urban.

### Instrumente utilizate

Pentru a determina tipurile de temperament ale subiecților care au participat la acest experiment, am utilizat Chestionarul de Personalitate realizat de Eysenck, prin intermediul căruia subiecții au fost împărțiți în două grupuri distincte – introverți și extraverți.



Cel de-al doilea instrument utilizat în cadrul cercetării noastre este Scala de Iritabilitate, Depresie, Anxietate din cadrul Testului Hamilton. Această scală a fost inițial construită pentru a permite măsurarea iritabilității, concept care se referă la o stare psihologică temporară caracterizată de nerăbdare, intoleranță și slab control al furiei, al enervării.

Din cadrul Testului Hamilton, am selectat Scala Iritabilitate, Depresie, Anxietate, deoarece am considerat că este necesară și suficientă pentru a confirma sau infirma ipotezele noastre referitoare la starea subiecților după relaxare și reamintirea evenimentelor în acea stare.

Ca metoda de relaxare am folosit antrenamentul autogen, tehnică pusă la punct de psihiatrul I.H. Schultz în Germania, pornind de la hipnoza fracționată a lui Escar Vogt. Principiul metodei constă în inducerea prin exerciții psihofiziologice a unei decontracturi generale a organismului, decontractură care, prin analogie cu tehnicile hipnotice, permite comunicarea unor sugestii. Pentru a putea înregistra evenimentele readuse în memorie de către participanți, le-am cerut acestora să scrie pur și simplu pe o coală de hârtie ce își amintesc din ultimele două săptămâni, apoi le-am solicitat evaluarea evenimentelor – în pozitive și negative. Am numit aceasta Proba reamintirii, ea neconstituindu-se însă într-un test standard, ci mai degrabă într-o probă liberă, subiecții nefiind constrânși cu nimic în reproducerea amintirilor, ci doar aflându-se sub limită de timp.

#### Design experimental

Desfășurarea experimentului-pilot s-a realizat în două etape distincte. Pentru început, toți subiecții au fost anunțați că participă la un experiment privind acuratețea memoriei și pot oricând să întrerupă participarea lor la acest experiment. În prima etapă, subiecților li s-a determinat tipul temperamental – introvert sau extravert – pe baza rezultatelor obținute la Chestionarul de Personalitate Eysenck, care le-a fost aplicat acestora. Astfel, am stabilit că din cei 60 de participanți, existau 16 subiecți introverți (dintre care 14 fete și 2 băieți), 32 subiecți extraverti (dintre care 21 fete și 11 băieți) și un număr de 12 subiecți ambiverți. În continuare am ținut cont doar de subiecții introverți și extraverti, cei ambiverți nefăcând obiectul studiului nostru. Subiecții rămași în experiment au fost împărțiți în două grupuri egale ca număr de membrii – grupul de control și grupul experimental. Această delimitare a fost realizată astfel încât în ambele grupuri să existe același număr de subiecți introverți și extraverti. Grupul de control a fost alcătuit din 24 de subiecți, dintre care 8 introverți și 16 extraverti, iar din grupul experimental au făcut parte de asemenea 24 de subiecți, dintre care 8 introverți și 16 extraverti.

După ce a fost realizată această împărțire a subiecților, toți subiecții, fie că făceau parte din grupul de control, fie din grupul experimental, au fost solicitați să relateze în scris, pe scurt, toate experiențele care își amintesc că li s-au întâmplat în decursul ultimelor două săptămâni. Participanții au avut la dispoziție 20 de minute pentru a scrie evenimentele pe care și le aminteau, apoi au trecut la încadrarea acestora în două categorii: evenimente plăcute și evenimente neplăcute. Calificările acestea au

fost date de fiecare subiect pentru fiecare eveniment în parte, trecând astfel peste capcana subiectivității experimentatorului.

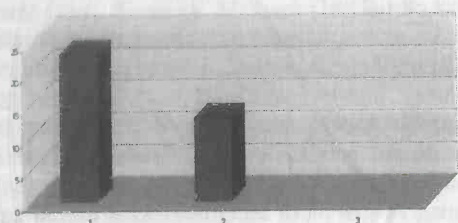
Timp de două săptămâni, nu li s-a mai dat nici o indicație, nici subiecților din grupul de control, nici subiecților din grupul experimental, apoi, fără să fie preveniți, au fost solicitați din nou să scrie pe scurt evenimentele ce li s-au întâmplat în decursul aceleiași perioade de două săptămâni. Spre deosebire însă de subiecții din grupul de control, cei din grupul experimental, în ultimele două zile înainte de a se reîntâlni pentru etapa a doua a experimentului, au participat în fiecare zi la o sesiună de relaxare realizată prin intermediul antrenamentului autogen Schultz și de asemenea înainte de a relata evenimentele amintite. Astfel, fiecare dintre ei a participat timp de trei zile la câte o sesiună de relaxare pe zi.

Limita de timp pentru descrierea evenimentelor reamintite a fost de 20 de minute, în fiecare din cele două etape ale experimentului, dar unii dintre subiecți nu au folosit tot acest timp, considerând însă că au notat toate evenimentele pe care și le aduceau aminte din intervalul de două săptămâni indicat.

### 3. PREZENTAREA ȘI INTERPRETAREA DATELOR

Aplicând în prima etapă a experimentului Proba reamintirii evenimentelor și comparând mediile dintre evenimentele plăcute reamintite (3,10) și evenimentele neplăcute rememorate (1,81) am constatat că există o diferență semnificativă, în sensul ponderii evenimentelor plăcute față de cele neplăcute. Aceasta ne face să fim în măsură să afirmăm că prima ipoteză a experimentului nostru, conform căreia tindem să ne reamintim mai ales evenimentele plăcute din viața noastră și să le dăm uitării pe cele neplăcute se confirmă.

Reamintirea evenimentelor în ambele grupuri ale experimentului în cele două etape



- Totalul evenimentelor plăcute reamintite în grupul de control și grupul experimental în cele două etape ale experimentului
- Totalul evenimentelor neplăcute reamintite în grupul de control și grupul experimental în cele două etape ale experimentului

Figura 2. Reamintirea evenimentelor în grupul de control și grupul experimental (ambele etape ale experimentului)

Următoarea interpretare constă din analiza datelor obținute prin intermediul a două teste statistice: Testul Wilcoxon T și Testul Mann – Whitney U, care confirmă ipotezele conform cărora persoanele introverte își amintesc cu mai mare ușurință evenimentele neplăcute din viața lor, extraverții tind să readucă în actualitate cu



precădere evenimentele plăcute la care au luat parte, dar indiferent de tipul temperamental (introvert sau extravert), după o serie de ședințe de relaxare, frecvența reamintirii evenimentelor neplăcute, scade în raport cu cea a amintirilor neplăcute.

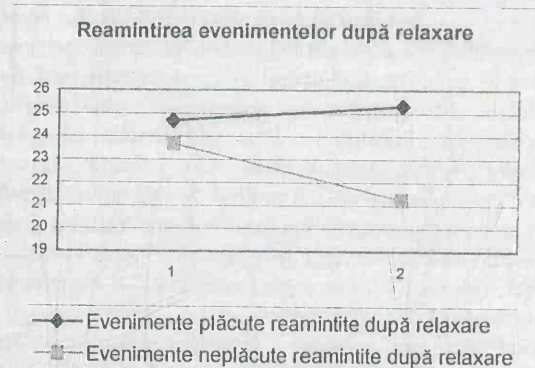


Figura 3. Reamintirea evenimentelor după relaxare

Pasul următor al interpretării datelor obținute în cadrul cercetării noastre se referă la analiza coeficienților de corelație Pearson între numărul de evenimente plăcute, numărul de evenimente neplăcute și scorurile obținute la Scala Iritabilitate, Depresie, Anxietate, respectiv corelațiile dintre: scorurile la depresie și numărul de evenimente plăcute, scorurile la depresie și numărul de evenimente neplăcute; scorurile la anxietate și numărul evenimentelor plăcute, scorurile la anxietate și numărul de evenimente neplăcute; scorurile la iritabilitate internă și numărul evenimentelor plăcute, scorurile de la iritabilitate internă și numărul de evenimente neplăcute; scorurile la iritabilitate externă și numărul de evenimente plăcute, scorurile de la iritabilitate externă și numărul evenimentelor plăcute, scorurile de la iritabilitate externă și numărul evenimentelor neplăcute.

În conformitate cu corelațiile efectuate, putem afirma că ipoteza conform căreia relaxarea determină o scădere a tendinței la iritabilitate, depresie, anxietate, iar aceasta la rândul ei influențează semnificativ numărul de evenimente reamintite în sensul creșterii acestuia, se confirmă parțial.

Corelațiile dintre numărul de evenimente reamintite și scorurile obținute la scalele de anxietate, depresie și iritabilitate internă confirmă partea din ipoteză referitoare la acestea. Nu același lucru îl putem spune însă și despre corelațiile dintre scorurile obținute la iritabilitatea externă și numărul de evenimente reamintite. Acest lucru semnifică faptul că este posibil a exista o corelație între cele două dimensiuni, dar aceasta nu este atât de puternică încât să fie evidențiată statistic. Caracteristicile specifice iritabilității externe se pare că nu au o influență covârșitoare asupra numărului de evenimente plăcute sau neplăcute reamintite.

Observând scorurile de la scala de anxietate și numărul de evenimente neplăcute obținute la grupul experimental în etapa întâi și în etapa a doua, se constată o creștere a corelației pozitive după participarea la ședințele de relaxare, ceea ce înseamnă că subiecții care au tendință spre anxietate își reamintesc într-o măsură mai mare evenimentele neplăcute din viața lor.

Comparând rezultatele obținute de grupul experimental în prima și a doua etapă, se observă că după ședințele

de relaxare apare o corelație negativă semnificativă între scorurile la iritabilitate internă și evenimentele plăcute. Acest fapt presupune că după participarea la relaxare, subiecții care își amintesc mai puțin evenimentele plăcute, au o tendință mai pronunțată spre iritabilitate internă.

De asemenea, se observă că în grupul experimental, după participarea la ședințele de relaxare, apare o corelație pozitivă între scorurile de la iritabilitatea externă și cele de la amintirea evenimentelor neplăcute. Putem spune că subiecții care își amintesc într-o măsură mai mare evenimentele neplăcute au o tendință mai pronunțată la iritabilitate externă.

În cea de-a doua etapă a experimentului, în cadrul grupului experimental, corelația negativă între numărul de evenimente plăcute și scorurile obținute la scala de depresie devine mai puțin semnificativă, ceea ce înseamnă că după relaxare, subiecții cu tendință la depresie își reamintesc într-o mai mare măsură evenimentele plăcute, decât înainte de relaxare.

Tot în etapa a doua a experimentului și tot în grupul experimental, se remarcă și o creștere a valorii coeficientului de corelației dintre scorurile obținute la scala de anxietate și numărul de evenimente plăcute reamintite, ceea ce ne dezvăluie faptul că diminuarea tendinței la anxietate prin intermediul relaxării duce la mărirea numărului de evenimente plăcute reamintite.

Tendința la iritabilitate internă, iritabilitate externă, depresie și anxietate înainte și după relaxare

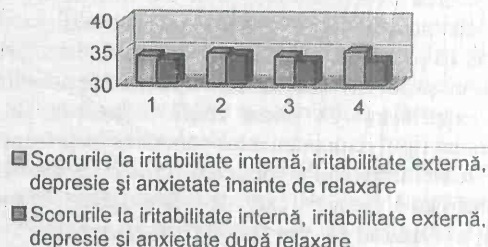


Figura 4. Tendința de iritabilitate internă, iritabilitate externă, depresie și anxietate (înainte și după relaxare)

O ultimă comparație în cadrul experimentului nostru se referă la diferența dintre media evenimentelor plăcute și neplăcute. Se constată că media evenimentelor plăcute reamintite este de două ori mai mare decât media evenimentelor neplăcute reamintite, atât în grupul de control, cât și în grupul experimental, în ambele etape ale experimentului. Aceasta ne permite să afirmăm că relaxarea nu modifică raportul dintre numărul de evenimente plăcute și evenimentele neplăcute reamintite, ci determină reducerea reamintirii evenimentelor neplăcute și nu neapărat o creștere a numărului de evenimente plăcute readuse în actualitate.

#### 4. CONCLUZII

Analizând rezultatele obținute în urma realizării acestei cercetări, am ajuns la concluzia că într-adevăr uităm cu mai multă ușurință evenimentele neplăcute din viața noastră și ne reamintim mai ales experiențele plăcute la care am participat. Cu toate acestea, există totuși la



persoanele introverte tendința de a-și reaminti mai multe evenimente neplăcute din viața lor, dar în urma modificării stării afective a acestora înainte de reamintirea evenimentelor, crește semnificativ capacitatea lor de a reactualiza amintirile plăcute. Această reglare pozitivă a stării afective, se poate realiza cu succes prin intermediul relaxării, mai precis a antrenamentului autogen Schultz, care are influență și asupra stărilor de iritabilitate, depresie și anxietate, în sensul diminuării acestora, ceea ce determină creșterea șanselor de reamintire a evenimentelor plăcute. Acest efect este prezent la toți participanții, indiferent că aceștia aparțin tipului introvert sau tipului extravert.

În ceea ce privește deficiențele experimentului nostru, ne putem referi la faptul că ar fi fost necesară urmărirea mai multor factori ce pot influența calitatea – plăcută sau neplăcută – a evenimentelor amintite, ca de exemplu vârsta subiecților sau sexul acestora. Limita de vârstă în care au fost cuprinși participanții la experimentul nostru este relativ mică și este posibil să existe oarecare diferențe la vârste mai înaintate în reamintirea evenimentelor, în sensul că poate fi întărit destul de puternic mecanismul prin care modul de viață al persoanei o determină să-și reamintească mai ales evenimentele plăcute sau mai ales pe cele neplăcute, așa cum s-a obișnuit de-a lungul timpului. Grupurile noastre de subiecți nu au fost alcătuite dintr-un număr egal de femei și bărbați, reprezentativ ca număr fiind femeile. Este posibil ca și acest indicator să-și aducă un oarecare aport în reamintirea evenimentelor, așa cum ar putea fi plauzibilă și ipoteza conform căreia și pregătirea școlară, nivelul de cultură pot determina într-o oarecare măsură tipul și numărul de evenimente reamintite. Considerăm însă că acest criteriu ales de noi – tipul de temperament (introvert sau extravert) este foarte concludent, chiar dacă ceilalți factori de care am amintit anterior nu au putut fi cuprinși în cercetare.

Este posibil ca o influență remarcabilă în amintirea evenimentelor să o aibă intensitatea la care au fost trăite aceste evenimente. În studiul nostru, noi nu am urmărit și această caracteristică, însă experimente anterioare dovedesc validitatea acestei afirmații.

În analiza rezultatelor obținute în acest experiment, am luat în considerare și timpul de răspuns al subiecților și am ajuns la concluzia că nu există diferențe semnificative între timpul de răspuns al subiecților introverți și timpul de răspuns al subiecților extraverți. În schimb, am observat că în cea de-a doua etapă a experimentului, în grupul experimental, timpul de relatare al evenimentelor amintite de către subiecții introverți și de către subiecții extraverți a fost mai mic decât în prima etapă, în unele cazuri subiecții relatând chiar un număr mai mare de evenimente într-o unitate de timp mai mică, fiind vorba aici despre o creștere a fluenței amintirilor. Totodată, în etapa a doua a experimentului, după participarea la ședințele de

relaxare, a crescut numărul de evenimente plăcute reamintite în raport cu numărul de evenimente neplăcute reamintite. O posibilă explicație a acestei concluzii este o mai mare capacitate de întoarcere spre sine însuși a subiecților, fie extraverți, fie introverți, datorată stării provocate de relaxare. Noi nu am acordat o foarte mare importanță acestor rezultate (referitoare la timpul de relatare a evenimentelor amintite de către subiecți), întrucât ele nu fac obiectul studiului nostru, dar ar putea constitui variabilele independente ale unui viitor experiment privind amintirea evenimentelor din viața personală.

În cadrul experimentelor privind memorarea evenimentelor și reproducerea acestora, de un interes semnificativ poate fi și relația dintre inteligență și felul amintirilor, urmărindu-se în special influența coeficientului de inteligență asupra caracteristicilor – plăcute sau neplăcute – a evenimentelor amintite. Pentru o mai bună înțelegere a personalității, a comportamentului uman, ar fi interesat de urmărit rolul și influența tuturor acestor variabile corelate, asupra încărcăturii afective a evenimentelor amintite.

Rezultatele obținute în acest experiment au confirmat rezultatele experimentelor anterioare la care noi ne-am referit și pe care le-am reamintit în capitolul teoretic al acestui studiu. Posibilitățile rămân însă deschise pentru noi experimente în acest domeniu, care să confirme sau să infirme concluziile noastre.

*“Tărâm după noi, pe neștiute, întregul nostru trecut, dar memoria noastră readuce în prezent doar acele frânturi întâmplătoare care, într-un fel sau altul, completează starea în care ne aflăm”* (H. Bergson).

## 5. BIBLIOGRAFIE

- Baddeley Alan (1998). *Memoria umană*, Editura Teora, București.
- Baron A. Robert (1992). *Psychology*, Allyn & Bacon A Division of Simon & Schuster, New York.
- Boeree C. George (1999). *Hans Eysenck and other temperament theorists*, din *Psychology Today*, decembrie.
- Eysenck Hans, Eysenck Michael (1995). *Descifrarea comportamentului uman*, Editura Teora.
- Eysenck Hans (1998). *Dimensions of Personality*, Transaction Publishers, New Jersey.
- Hertling Darlene, Jones Daniel (1992). *Relaxation*, Harper & Row, New York.
- Holdevici Irina (1995). *Autosugestie și relaxare*, Editura Ceres, București.
- Miclea Mircea (1999). *Psihologie cognitivă*. Editura Polirom, Iași.
- Ribot Theodule (1998). *Memoria și patologia ei*, Editura Iri.
- Zlate Mielu (1999). *Psihologia mecanismelor cognitive*, Editura Polirom, Iași.



# NECESITATEA CONSILIERII FAMILIEI COPILULUI DIAGNOSTICAT CU TULBURARE DIN SPECTRUL AUTISMULUI

SIMONA MARICA

Universitatea Spiru Haret – București, marica.simona@yahoo.com

**ABSTRACT:** Autism spectrum disorders are part of the pervasive developmental disorders' category, being one of the most serious neuropsychiatric conditions of childhood. This article presents the parent's possible reactions when facing this diagnosis, the denial and its defences, completely explainable in this context. Thus, we thought it was necessary to underline the role of the psychologist in counselling the family of the child diagnosed with ASD, the attitude they must have towards it, the strategies they must adopt in order to change the perspective on the situation and to make the parent the co-therapist of his own child's.

**Key words:** Autism disorders, diagnosis, childhood, parent's reactions.

## 1. INTRODUCERE

Autismul este tulburarea centrală din cadrul unui întreg spectru de tulburări de dezvoltare, cunoscute sub numele de spectrul tulburărilor autiste și reprezintă una dintre cele mai severe tulburări neuropsihiatrice ale copilăriei.

### 1.1. Tulburările din spectrul autismului

Acest grup de tulburări a fost introdus în clasificarea DSM III în 1980 sub numele de *Pervasive developmental disorders* (tulburări pervazive de dezvoltare) și reflectă efortul de a delimita o patologie pedopsihiatrică specifică precum: Autismul infantil, Tulburarea Asperger, Tulburarea Rett și Tulburarea dezintegrativă a copilăriei.

Începând cu anul 2005, Wing și Cohen (cf. Dobrescu, I., 2010) legitimează conceptul de *Tulburări din spectrul autismului* (sintagmă folosită pentru prima oară în 1983), pentru a acoperi mai multe nivele de severitate.

Tulburările din spectrul autismului includ:

- Tulburarea autistă
- Tulburarea Asperger
- PDD – NOS (Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified)

Tulburările din spectrul autismului au în comun:

- *deficitul de comunicare* – astfel, limbajul nu apare la vârsta obișnuită și această absență a limbajului nu se însoțește de nici o încercare de comunicare gestuală sau mimică. (Marcelli, D., 2003); când apare, limbajul are o serie de particularități: ecolalie imediată sau întârziată, prozodie monotonă, sintaxă sărăcă, neînțelegerea sensului figurat al cuvintelor etc.;

- *deficitul de interacțiune socială* – refuzul contactului vizual, absența expresiei faciale și a schimbării mimicii. Copilul autist nu caută să intre în contact, să atragă atenția, să acroșeze privirea, nu-i imită pe ceilalți. Pointing-ul (arătarea cu degetul) este absent, neexistând interesul de a împărtăși cu ceilalți cele observate. Lipsa *atenției conjugate* (cf. Exkorn, K.S., 2010);

- *deficitul imaginativ* – incapacitatea de a dezvolta joc simbolic (ca și cum..), manipulare inadecvată a jucăriilor, interese restrânse și stereotipe, ritualuri.

Trebuie accentuată în acest context o chestiune importantă pentru lucrarea de față: deși aceste elemente

de diagnostic se regăsesc în mod necesar în tabloul psihocomportamental al copilului cu TSA, ponderea lor poate fi diferită, modalitățile de compensare variază, prezența sau absența și a altor condiții asociate (ADHD, retard mental, eiplepsie etc) generează diferențe individuale foarte mari, în ciuda diagnosticului asemenea. Cu alte cuvinte, fiecare copil cu autism este unic.

Din punctul de vedere al debutului, acesta poate fi:

- timpuriu – se observă încă de când este bebeluș o hipotonie, sau dimpotrivă, rigiditate musculară, absența comunicării sub forma gânguritului, a refuzului privirii în ochi, a neîntinsului brațelor pentru a fi ridicat de către mamă, a neîntâmpinării celorlalți la trezire.
- tardiv – după o perioadă de dezvoltare tipică, achizițiile încep să se piardă, limbajul nu se dezvoltă, copilul nu mai imită, nu se joacă adecvat cu jucăriile, nu pare a fi interesat de ceilalți, dezvoltă diverse rutine (de exemplu, nu se culcă până nu-și aliniază toate jucăriile), are preferințe alimentare rigide (uneori un fel sau două de mâncare, nu gustul ci consistența ori coloritul părând a fi criteriile de alegere), nu răspunde atunci când este strigat pe nume (pare surd), poate avea diverse sensibilități (la unele sunete, texturi, imagini etc.).

### 1.2. Impactul diagnosticului de TSA asupra familiei

Dincolo de limbajul sec al oricărei clasificări, atunci când aceste elemente diagnostice sunt întrunite, ne aflăm în fața unei drame: un copil care, deși arată ca și covârșnicii săi, nu se dezvoltă ca aceștia, nu știe cum sau nu-l interesează să comunice, să se joace, să experimenteze, să cunoască.

Părinții sunt, cu siguranță, primii observatori ai acestor anomalii. Ele se manifestă, așa cum am arătat, fie de foarte devreme, fie după o perioadă de dezvoltare tipică, reprezentând un brusc regres față de nivelul anterior atins de către copil, o pierdere a achizițiilor.

#### 1.2.1. În căutarea diagnosticului

În mod normal, între 18 luni și 2 ani, ar trebui să înceapă căutarea diagnosticului. Din păcate, însă, în majoritatea cazurilor, copilul ajunge la consult la 2 ani și jumătate sau 3 ani, ori chiar mai târziu.



Explicațiile acestei întârzieri sunt următoarele:

- familia cu copil unic poate să nu realizeze (în lipsa comparației cu un frate mai mare) faptul că cel mic nu se dezvoltă așa cum ar trebui, mai ales acolo unde simptomatologia nu este extrem de severă;
- uneori, chiar acolo unde există o oarecare suspiciune din partea părinților (mai ales când copilul nu vorbește) alți membrii ai familiei, prieteni sau medicul pediatru minimalizează importanța celor observate de părinți, citându-le cazuri celebre de copii care au vorbit târziu;
- în alte cazuri, chiar mecanismele de apărare ale părinților sunt cele care pun piedici diagnosticării. Deși bănuiesc faptul că ceva nu este în regulă, ei amână vizita la medic tocmai din teama de a nu le fi confirmate bănuielele. Uneori, chiar după ce obțin un diagnostic, acesta neconvenindu-le, caută în continuare până când găsesc medicul sau psihologul care să infirme concluziile primului consult.

### 1.2.2. Intervenția timpurie

A pune cât mai devreme un diagnostic copilului nu este o chestiune gratuită, de pură "etichetare" a unei condiții. De acest diagnostic este nevoie pentru ca să se înceapă un demers educațional, o formă sau alta de terapie.

Deși nimeni nu poate ști de la început cum va evolua copilul, ce achiziții va face, în ce ritm, dacă va reuși sau nu să devină independent și în ce măsură, printre factorii de prognostic pozitiv enumerăm (Dobrescu, I. 2010):

- IQ mai mare de 70
- limbaj funcțional instalat înaintea vârstei de 5 ani
- abilități de joc constructiv, timpuriu dobândite
- relație familială suportivă, armonioasă, empatică
- intervenție timpurie

De-a lungul timpului s-au dezvoltat mai multe tipuri de terapie pentru copiii cu autism, fiecare dintre acestea evoluând dintr-o filosofie diferită. Câteva dintre cele mai cunoscute metode de intervenție în cazul copiilor cu autism sunt: A.B.A., terapia ocupațională, art terapia, logoterapia, metoda TEACCH, lista nefiind exhaustivă. Indiferent de fundamentarea teoretică a programelor de intervenție ori de tehnicile folosite, două aspecte par a fi totuși, comune: intensitatea programului (între 15 și 40 de ore pe săptămână) și vârsta la care copilul începe terapia, existând suport empiric pentru a demonstra că aceia dintre copii care încep mai devreme terapia, realizează cele mai mari progrese. (Harris & Handleman, 2000; Sheinkopf & Siegel, 1998). Este normal să fie așa dacă avem în vedere că primii ani de viață reprezintă, totodată și vârsta de maximă plasticitate cerebrală, ori a educa înseamnă, în fapt, a construi circuite neuronale.

În aceste condiții este important nu doar să diagnostichezi condiția dar să și faci părintele să înțeleagă – în ciuda defenselor pe care le are – necesitatea instituirii unui demers terapeutic cât mai devreme. Atâta timp cât părintele se opune, orice strategie terapeutică eset sortită eșecului, cu atât mai mult cu cât autismul *nu ia pauză*, deci orele de terapie trebuie continuate acasă, cunoștințele achiziționate

trebuie consolidate și generalizate în familie și cu ajutorul acesteia.

## 2. NECESITATEA CONSILIERII FAMILIEI

În opinia noastră, punerea diagnosticului nu este decât primul pas în munca psihologului clinician, mai ales în cazul acestei condiții, invalidantă pentru copil și extrem de tulburătoare pentru familie.

### 2.1. Problematika familiei cu copil diagnosticat cu TSA

Părinții sunt copleșiți, în primul rând, de gravitatea diagnosticului. Pentru majoritatea lor, acesta echivalează cu o **condamnare**: copilul lor nu se va dezvolta niciodată ca ceilalți, poate că nu le va vorbi, nu-i va înțelege și nu le va putea răspunde cu afecțiune. Acestor griji legate de prezent li se adaugă nesiguranța în ceea ce privește viitorul copilului, posibilitatea lui de a se încadra sau nu în învățământul normal, de a-și alege o profesie, de a-și întemeia o familie, de a trăi ca adult independent.

Deloc de neglijat este stressul la care această familie este supusă zilnic: copilul, chiar dacă are limbaj, nu-l folosește funcțional, comunicarea cu el fiind mult îngreunată. Ne-putând să se facă înțeles, copilul cu autism va face în multe situații episoade de tantrum, generate de frustrare. Situația este cu atât mai gravă cu cât aceste crize se petrec, de multe ori, în public. Copilul țipă și se tăvălește pe jos iar părintele este privit cu reproș de către „asistență” (un părinte mi-a mărturisit că petrecea câteva ore la raionul cu electrocasnice de la Supermarket pentru ca fiul său să deschidă și închidă ușile frigiderelor expuse și nu pleca de acolo decât când băiețelul se plictisea, pentru că altfel făcea adevărate crize de furie).

Copilul cu TSA poate avea tot soiul de sensibilități senzoriale (nu suportă anumite sunete, imagini, ori materiale), intoleranțe alimentare sau gusturi bizare, anumite rutine (nu merge decât pe un anumit drum, nu poartă decât un anumit tricou, nu se culcă dacă nu-și aliniază jucăriile sau dacă locul unui obiect din dormitor este mutat). Problemele cu somnul nu sunt nici ele de neglijat: unii copii au ritmul nictemeral inversat, alții dorm extrem de puțin și-și epuizează astfel părinții. Părintele trăiește în același timp **milă**, văzându-și copilul iubit evoluând astfel, **neputință**, căci majoritatea încercărilor sale de a liniști acest copil sunt sortite eșecului, **frustrare**, pentru că nimic nu merge lin, **mânie** uneori chiar față de copil și, oricum, față de situația existențială și **culpă**. Sunt mulți cei care se întreabă dacă nu ei sunt cumva de vină pentru tulburarea copilului sau dacă nu ar putea face ceva mai mult și mai bine, dacă nu ar putea fi mai răbdători și mai înțelegători cu copilul (o mamă se învinovăța pentru că țipase la copilul ei, după 3 ore în care încercase zadarnic să-l culce).

Desigur, dinamica familială este diferită de la caz la caz. Copilul care are părinți iubitori și fermi în atitudine, dar afectuoși, cu care copilul se simte în siguranță acasă, va progresa mai repede și va avea mai mari șanse de integrare în mediul din care face parte. Întotdeauna un copil autist ignorant de către părinți se va afunda în izolarea atât de caracteristică lui și



intervenția ulterioară va fi grav afectată de acest fapt. (Cucuruz, 2004).

În unele familii există și copii tipici și aici intervin alte probleme legate de relațiile între frați și de sentimentul părintelui că-l abandonează pe cel tipic în favoarea copilului cu probleme. Unii dintre frați se simt marginalizați, observând că toți adulții din familie sunt focalizați asupra copilului cu autism (frățiorul, în vârstă de 9 ani al unui astfel de copil devenise apatic, deși nu era neglijat, dar vedea cum la cel mic vin în fiecare zi terapeutii, cum i se cântă și este antrenat în jocuri, cum este încurajat pentru orice progres). În alte familii, copilul cu TSA este copil unic (aici se întâmplă, în multe cazuri, ca părinții să dezvolte o adevărată obsesie pentru acest copil și recuperarea sa).

O altă problemă cu care se confruntă familia este stigmatizarea, refuzul acceptării copilului în colectivele cu copii tipici, refuzul altor părinți de a-și lăsa copiii în preajma micuțului cu autism (o mamă povestea că deși angajase shadow pentru copilul ei, a fost refuzată de 3 grădinițe private sub pretextul că nu pot permite accesul adultului împreună cu copilul).

Deloc de neglijat este efortul financiar la care acești părinți urmează a fi supuși odată cu începerea terapiei: costul unei ore de terapie variază la noi între 20 și 35 Ron, iar numărul de ore de terapie de care este nevoie săptămânal, între 20 și 40. Acestora li se adaugă materialele cu care se lucrează (dacă nu este vorba despre Centre, unde copiiiilor li se asigură necesarul de rechizite).

În fine, trebuie avertizați părinții în legătură cu faptul că terapia la domiciliu - convenabilă din multe puncte de vedere - poate să însemne și distrugerea intimității, în fiecare zi intrând în casă doi sau trei oameni străini, care alcătuiesc echipa de terapie și care vor rămâne acolo între 4 și 8 ore pe zi pentru mai multe luni sau ani.

## 2.2. Rolul consilierii

Din punctul nostru de vedere rolul consilierii este unul major și vom detalia, în cele ce urmează, aspectele pe care ar trebui să se centreze.

În cadrul acestui demers trebuie evaluate atent resursele familiei: în ce termeni se referă părinții la copilul lor și la tulburarea acestuia, cine pare a deține puterea în familie, cine ia deciziile, mai există frați/surori și care este relația cu aceștia, ce rol are familia extinsă și cum poate ajuta? care sunt resursele de timp și financiare ale familiei?

Orice soluție trebuie găsită împreună cu familia și adaptată posibilităților acesteia. Soluțiile nerealiste nu vor face decât să adauge frustrare acolo unde deja există suficiență.

În primul rând, după aflarea diagnosticului, părintelui trebuie să i se ofere suport emoțional, trebuie făcut să înțeleagă că deși este vorba despre o condiție gravă, există speranțe în ceea ce privește recuperarea. Este vorba despre încercarea de a schimba optica părintelui, care vine de obicei la cabinet cu propriile prejudecăți și mituri în ceea ce privește autismul. Atâta timp cât el consideră că nu se poate face nimic pentru copilul astfel diagnosticat, terapia va eșua.

În ordinea consilierii, relația de tip suportiv este o relație prin care consilierul oferă suport clientului în demersul schimbării. Acest gen de relație se centrează mai mult pe palierul afectiv decât pe cel cognitiv. Presupune explorarea senzațiilor și trăirilor. Se caracterizează prin exersarea întregului ambitus afectiv al clientului: alternarea confortului cu anxietatea, a exaltării cu depresia (Georgescu, M., 2008).

Încercarea noastră vizează și deculpabilizarea, mulți părinți considerând că ei poartă vina pentru condiția copilului ori, o astfel de atitudine nu-i va ajuta să facă față mai bine.

Acei părinți care nu par capabili să accepte un asemenea diagnostic nu ar trebui forțați să o facă, dar pot fi consiliați spre a accepta oricum o formă de terapie care să le ajute copilul, indiferent dacă este sau nu vorba despre autism (un părinte care nu dorea să accepte diagnosticul de autism dat fiului său a mers din consult în consult, pierzând astfel timp prețios, până când un specialist i-a spus că este vorba despre o *tulburare pervazivă de dezvoltare*, ceea ce a părut să admită mai ușor și să înceapă astfel terapia).

În al doilea rând, părintele trebuie să primească informații despre această tulburare, despre manifestările ei; fără îndoială că unele dintre cele mai importante informații pe care specialiștii trebuie să le transmită familiilor sunt referitoare la problemele de comportament și la modul de gestionare al acestor probleme.

Părinții se confruntă cu un nivel ridicat de stres deoarece ei nu înțeleg de ce copiii lor fac ceea ce fac. Specialiștii pot face mult pentru a diminua dificultățile familiilor, furnizându-le informații despre simptomele comportamentale ale bolii și strategiile care pot fi utilizate pentru a reduce incidența comportamentelor problemă. de exemplu crizele de furie ale copilului înțelese ca manifestări ale frustrării, uneori ale anxietății la schimbările ce intervin în mediu, nu mai apar la fel de înspăimântătoare ca atunci când nu par să aibă nici un fel de explicație.

Informațiile trebuie să vizeze și tipurile de terapii existente, date privind eficiența lor, chiar și o listă de Centre sau specialiști cărora pot să li se adreseze pentru a discuta un plan individualizat de tratament. Informația verificată este importantă cu atât mai mult cu cât, un părinte disperat poate foarte ușor să devină victimă a unor pseudospecialiști care promit vindecări miraculoase.

Părintele trebuie avertizat că nici o terapie nu are efecte imediate și că demersul la care se angajează este de lungă durată. Evaluarea eficacității lor se va face în timp, în funcție de rezultatele pe care le are copilul, de ritmul achizițiilor sale.

Părintele trebuie făcut să înțeleagă că deși nu-i este ușor va trebui să caute să expună în continuare copilul la cât mai multe experiențe, la mediul natural, la interacțiunea cu alți copii care să-i poată frunza modele de comportament (știut fiind că imitația este deficitară la copiii cu autism și ea nu se petrece spontan). Există părinți care, din jenă, nu-și mai lasă copiii să-și facă prieteni, nu mai invită pe nimeni la ei și nu mai ies împreună cu copilul bolnav.



Nu în ultimul rând familia trebuie făcută să înțeleagă că energia copilului, starea sa de bine se află în legătură cu starea de bine, armonia și echilibrul familiei sale. Părinții au nevoie de puțin timp pentru ei, pentru preocupări care le fac bine, pentru cuplu în general. Niște părinți permanent stresați, obosiți, deprimați, care uită să se bucure de lucrurile bune pe care le face copilul și de micile lui progrese, o atmosferă înverșunată și o continuă presiune în legătură cu achizițiile sale, nu-i pot face bine acestuia.

### 3. STUDIU DE CAZ

#### 3.1. Descrierea situație actuale.

VM, copil unic, este adus la consult de către mama sa, la 3 ani și 8 luni. Aceasta este îngrijorată pentru că V nu ascultă, nu pare să o înțeleagă, uneori nici măcar nu pare să o cunoască. Nu interacționează cu alți copii, se joacă singur cu nisip ori pietricele. În ultimul timp adună bețe mici pe care le învârtă între degete. Orice i se cere determină adevărate crize de furie, copilul se tăvălește pe jos și devine autoagresiv (se lovește cu pumnii peste față).

Comportamentul alimentar este perturbat, cel mic nedorind să mănânce decât alimente cu o anumită textură (pasate). În cursul interviului mama recunoaște că, din grijă excesivă (de a nu se îneca) nu i-a dat alimente solide până la aproape 2 ani.

Copilul are dese treziri nocturne, somnul lui fiind ca al unui copil de câteva luni.

Nu are control sfincterian, poartă pampersi, nu a fost pus la oliță pentru că "se supără".

#### 3.2. Istoricul dezvoltării

VM este copilul unic și mult așteptat al unui cuplu de intelectuali de peste 40 de ani (mama avea 38 de ani la naștere, tatăl – 42).

VM este descris ca un copil care a avut întotdeauna ceva aparte: a mers mai târziu (în jurul vârstei de 18 luni), nu a gângurit, nu a zâmbit niciodată, părea meditativ și retras.

Au existat probleme alimentare (mâncă foarte puțin și nu lua în greutate) până în jurul vârstei de 1 an.

Somnul a fost, întotdeauna, agitat și în reprize de 2-3 ore, chiar și noaptea.

Copilul nu a avut o imunitate foarte bună, s-a îmbolnăvit des și a fost apoi hiperprotejat: îmbrăcat gros spre a nu răci, nu a fost lăsat prea mult afară pentru a nu intra în contact cu alți copii și bolile acestora, a fost ținut în ham chiar când a învățat să meargă pentru ca să nu cadă, i-a fost pasată mâncarea spre a nu se îneca.

Mama, bunica și o bonă s-au ocupat permanent de copil, acesta nefiind încurajat să-și câștige autonomia pe nici un plan.

Nu a urmat nici o zi cursurile unei creșe ori grădinițe.

Întrebată dacă a mai consultat și alți specialiști, mama spune că și-a dorit să o facă dar nu a fost lăsată de către tatăl copilului, care consideră că are un copil foarte dotat, mai sensibil decât alți copii. dar fără probleme deosebite. Crede că diagnosticele sunt puse de dragul etichetelor și nu ajută la nimic și consideră că V va evolua de la sine.

#### 3.3. Observația clinică

Copilul este armonios dezvoltat, având înălțimea și greutatea normale pentru vârsta lui.

- mimica este hipomobilă, nu are contact vizual decât foarte rar, nu răspunde atunci când este strigat pe nume;
- limbajul este nefuncțional, ecolalic;
- nu se joacă adecvat cu jucăriile, le scutură, le învârtă sau le trânteste;
- comunicarea constă în a trage adultul după el și a-i îndrepta mâna spre obiectul dorit;
- lipsește atenția conjugată, conduita de *pointing* fiind absentă;
- nu imită spontan;
- pensa nu este formată, apucă creionul în pumn și mângălește (nu poate colora în cadrul unui contur);
- nu cunoaște părțile corpului;
- nu poate rezolva un puzzle sau incastru;
- prezintă stereotipii (ia creioane din suport și le învârtă mult timp între degete);

#### 3.4. Consilierea familiei

În cazul de față mama dorea să i se comunice diagnosticul, avea nevoie ca cineva să-i confirme bănuielele, în ciuda rezervei tatălui copilului. Pentru ea era esențial să i se spună de către un specialist că lucrurile nu evoluează normal și că este nevoie de o schimbare.

Am considerat că, în afară de simptomele TSA (evident prezente), o mare parte din neajutorarea copilului era cauzată de mediul hiperprotector creat.

Fără a condamna educația oferită până atunci copilului, am sfătuit mama să înceapă antrenamentul pentru controlul sfincterian, să încerce să-i ofere gustările favorite și sub o altă formă decât cea obișnuită (pasat), să-l învețe deprinderi minime de autoservire (să bea ținând singur cana, să mănânce folosind lingurița, să se spele pe mâini, să-și scoată de pe el lucrurile care au fost descheiate etc.).

Am considerat că poate să susțină financiar și i-am recomandat un program de terapie ABA intensiv, combinat cu ore de sport (înot) și joacă alături de alți copii (socializare).

În același timp, am sfătuit-o ca, după o perioadă în care copilul va învăța să răspundă unor cerințe simple (să stea pe scaun, să stea la masă, să ceară la toaletă, să poată mânca fără ajutor etc), să încerce să-l integreze într-o grădiniță cu copii tipici, însoțit de shadow.

I-am explicat faptul că orice copil are nevoie de grupul de egali, că imitația se realizează mai ușor între aceștia și că este cumva nefiresc să trăiască doar între adulți care-i întrețin starea de dependență.

În privința tatălui copilului, am sfătuit-o să-l implice pe acesta cât mai mult, fără a încerca neapărat să-l convingă de justetea diagnosticului.

### 4. CONCLUZII

Punerea diagnosticului de către psihologul clinician nu este decât primul pas din demersul pe care, în opinia noastră, acest specialist trebuie să-l întreprindă.

Familia are nevoie de o opinie de încredere, de informații de specialitate privind tulburarea, modalitățile de intervenție, persoanele abilitate să o facă.



Mai mult decât atât, este important înțelegerea exactă a dinamicii fiecărui sistem familial în parte pentru a putea oferi alternative viabile.

Părintele trebuie să se simtă înțeles, nu judecat, are dreptul să pună și să i se răspundă la întrebări, trebuie să i se ofere suport emoțional în cazurile în care modalitățile sale de coping sunt depășite.

Un părinte echilibrat emoțional și înarmat cu cunoștințe despre modalitățile de educare adecvate, despre atitudinile dezirabile în raport cu copilul său, are mult mai multe șanse să însoțească echipa terapeutică în lungul drum pe care-l presupune recuperarea.

Sunt foarte multe modalitățile prin care părinții încearcă să se apere de evidență: negarea problemei, minimalizarea ei, deplasarea etc. Foarte des, în relatările părinților ne-au atras atenția sintagme ca: *nu vorbește pentru că este lenș, îmi seamănă mie (sau bunicului, unchiului etc), înțelege tot ce –i spunem, dar nu vrea să facă, este șmecher*, copilul nu este retras, nu e într-o lume a lui, ci e *timid*, nu face crize de furie ci are *personalitate*, când merge pe vârfuri e *atât de drăgălaș*, când nu-ți răspunde e *preocupat, meditativ etc.*

Este greu, uneori imposibil, să distrugi aceste defense. Uneori, în ciuda lor, părintele este dispus să lucreze pentru copil și împreună cu acesta. Apărările îl ajută să poată merge mai departe.

Există, din păcate, și familii în cazul cărora realizăm că părinții nu vor reuși să ajute copilul, ei voind doar să se apere de neplăcerea pe care o reprezintă cunoașterea diagnosticului.

## 5. BIBLIOGRAFIE:

- American Psychiatric Association (2000). *DSMIV – R*, Washington DC;
- Corsello M, Christina (2005). Early Intervențion in Autism in *Infants and Young Chidren*, vol.18, no.2, pp.74 -85, Lippincot Williams &Wilkins, Inc.
- Cucuruz, Daniela (2004). *Autism – cartea pentru părinți*, Editura Licenția Publishing, București;
- Dobrescu, Iuliana (2010). *Manual de Psihiatrie a Copilului și adolescentului*, Editura Infomedica, București;
- Exkorn, Karen Siff, (2010). *Să înțelegem autismul*, Editura Aramis, București;
- Georgescu, M., (2008). *Introducere în consilierea psihologică*, Editura Fundației România de Măine, București;
- Harris, S.L., Handleman, J.S. (2000). Age and IQ as predictors of placement for young children with autism: A four – to six year follow –up. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30 (2), 137-142;
- Leaf, R., McEachin, J.coord., (2009), *Ghid de terapie ABA*, Editura Frontiera, București;
- Marcelli, D., (2003). *Tratat de psihopatologie a copilului*, Editura Fundației Generația, București;
- Predescu, L.(2011), *Cu autismul la psiholog*, Editura For You, București ;
- Sheinkopf, S.J., Siegel, B. (1998). Home based behavioral treatment of young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 28(1), 15 – 2.



**Partea a III-a:**  
**PSIHOLOGIA MUNCII ȘI ORGANIZAȚIONALĂ:**  
**ASPECTE SOCIALE ALE MEDIULUI DE MUNCĂ**







## DIAGNOZA STRESULUI ÎNTR-O COMPANIE PRODUCĂTOARE DE MATERIALE DE CONSTRUCȚII

ROXANA, ALDEA-CAPOTESCU<sup>1</sup>, CORINA, DOROGA<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Centrul de Studii Organizaționale Avansate, capotescu\_roxana@yahoo.com

<sup>2</sup> Spitalul Clinic CF Cluj, cdoroga@yahoo.com

**ABSTRACT:** This study involved 100 employees (43 men and 57 women) from a company producing building materials, with an average age of 45 years ( $SD = 9.28$ ). To assess the level of occupational stress, participants completed the Health Safety Executive Indicator (HSE); job satisfaction was assessed using JDI (Smith et al., 1969) and emotions were measured with MEST-Ro (Levine & Xu, 2005).

Following the directions proposed by the European Agency for Safety and Health at Work regarding health risks at work for women and active aging at work, this study identified several gender differences: in the perception of job demands ( $t(98)=-2.07, p=.04$ ), in social support received from the boss ( $t(98)=-2.73, p=.00$ ), in satisfaction with current work ( $t(98)=-2.91, p=.00$ ) and with current salary ( $t(98)=-2.50, p=.01$ ). Significant differences between three age groups appear in the case of emotions related to work (for negative affectivity-state,  $F(2,97)=3.84, p=.02$ ) and positive affectivity-state  $F(2,97)=6.56, p=.00$ ).

**Key words:** occupational stress, job satisfaction, emotions, gender differences, active aging

### 1. INTRODUCERE

În ultimele câteva decenii s-a produs o schimbare dramatică pe piața muncii și la nivelul profilelor demografice ale angajaților. S-a produs o trecere de la rolul tradițional al bărbatului de întreținător al familiei la cuplurile în care ambii membri produc venituri și la familiile monoparentale. În ceea ce privește mediul muncii, organizațiile solicită angajaților flexibilitate și productivitate din ce în ce mai crescute. Serviciul tradițional „pe viață” practic a dispărut în mediul economic actual caracterizat prin instabilitate și incertitudine.

De asemenea, s-au schimbat perspectivele și așteptările angajaților cu privire la muncă. Noile orientări spre învățarea pe tot parcursul vieții, dezvoltare personală și dezvoltarea carierei și conștientizarea în creștere a nevoii de echilibru între muncă și viața personală au afectat organizațiile în sensul impunerii necesității de a adopta politici prin care să promoveze sănătatea, siguranța și starea de bine a angajaților (*European Agency for Safety and Health at Work, 2012. Family Issues And Work-Life Balance*).

În 2009, Fundația Europeană pentru Îmbunătățirea Condițiilor de Viață și Muncă (*The European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2010*) a realizat un studiu asupra evoluției programului de muncă în țările Uniunii Europene. Rezultatele au evidențiat că săptămâna de lucru medie pentru Uniunea Europeană a fost de 38.7 ore. Totuși, luând în considerare auto-raportările angajaților asupra orelor reale lucrate de angajații cu program full-time, pentru 20 dintre cele 28 de țări ale Uniunii Europene orele săptămânii de lucru au depășit această medie. România, alături de Malta, Luxemburg și Marea Britanie au cel mai mare număr real de ore lucrate pe săptămână, în timp ce Finlanda, Irlanda, Franța și Italia au cel mai redus număr de ore lucrate (*Eurofound – European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions, 2011. Working Longer Requires Better Learning*). Apar diferențe și între bărbați și femei în

ceea ce privește numărul real de ore lucrate săptămânal; bărbații le depășesc pe femei în ceea ce privește orele lucrate în toate țările, cu o diferență medie de 2.1 ore pentru EU27. În ansamblu, aceste statistici sugerează că angajații lucrează mai multe ore, dar ilustrează că există diferențe între țările Uniunii Europene.

Conținutul muncii a suferit de asemenea modificări; se remarcă o creștere a necesității ca angajații să fie adaptabili, să aibă deprinderi multiple și să aibă abilitatea de a lucra intensiv cu termene-limită (*Eurofound – European Agency for the Improvement of Living and Working Conditions, 2005. Living to work-working to live: Tomorrows work-life balance in Europe*). În EU27, aproximativ 60% dintre angajați percep că cel puțin un sfert din timpul lor de muncă impune necesitatea de a lucra cu o viteză foarte mare (*Eurofound – European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions, 2011. Working Longer Requires Better Learning*).

### 2. ASPECTE TEORETICE

#### 2.1. Inegalitățile de gen la locul de muncă

Inegalitățile de gen la locul de muncă și de problemele legate de echilibrul muncă-viață personală au devenit din ce în ce mai importante în condițiile creșterii ratei de ocupare a femeilor în toate statele membre ale Uniunii Europene. Dar, deși în 2009, 58.6% din forța de muncă europeană (UE-27) era de sex feminin și femeile au ocupat 59% din totalul locurilor de muncă nou create, măsura în care femeile contribuie din punct de vedere economic pare să fie subestimată (*European Risk Observatory, 2011. Risks and Trends in the Safety and Health of Women at Work*). Organizarea modernă a muncii, bazată pe o economie a cunoașterii, a competitivității și locuri de muncă mai multe și mai bune reprezintă elemente esențiale pentru Strategia post-2010 de la Lisabona și Strategia UE 2020 (Fundația Europeană pentru Îmbunătățirea Condițiilor de Viață și de Muncă, 2010). Femeile sunt esențiale pentru forța de muncă în ceea ce privește furnizarea unei surse active și



durabile de forță de muncă. În acest context, Consiliul European a stabilit în iunie 2010 un nou obiectiv ambițios și anume de a crește la 75% rata ocupării forței de muncă până în 2020 pentru femei și bărbați cu vârsta cuprinsă între 20 și 64 ani, inclusiv prin o mai mare participare a tinerilor, lucrătorilor vârstnici și a lucrătorilor cu nivel scăzut de calificare și o mai bună integrare a imigranților legali (Fundatia Europeană pentru Îmbunătățirea Condițiilor de Viață și de Muncă, 2010). Dar, deși rata de ocupare în cazul femeilor este în creștere, se impune în continuare adoptarea a numeroase măsuri, mai ales pentru femeile mai în vârstă și mai tinere, pentru a atinge acest obiectiv și în același timp, pentru a se asigura condiții de muncă decente pentru toți angajații.

Problema securității și sănătății în muncă pentru femeile care lucrează în cadrul Uniunii Europene (UE) este esențială pentru o bună înțelegere a mediului muncii. Studiile anterioare au aratat că sănătatea și siguranța în muncă a femeilor trebuie să fie îmbunătățite. Cercetările realizate de Comisia Europeană încă din 1995 au ilustrat faptul că rata de îmbolnăvire a femeilor a fost de aproape sau de peste 50% pentru toate cazurile de afecțiuni, de exemplu, alergii (45%), boli infecțioase (61%), probleme neurologice (55%), și afecțiuni hepatice și dermatologice (48%), iar situația nu s-a îmbunătățit semnificativ până în prezent (*European Risk Observatory, 2011. Risks and Trends in the Safety and Health of Women at Work*). Mai mult, locurile de muncă ocupate în mod preponderent de femei, cum ar fi cele în cadrul serviciilor de sănătate și sociale, în vânzările cu amănuntul și în sectorul hotelier, au evidențiat o creștere a ratelor de accidente, inclusiv de accidente mortale; în același timp, femeile sunt mai susceptibile de a fi intimidat și hărțuite, inclusiv de a deveni victime ale hărțuirii sexuale, și sunt obligate să utilizeze echipament individual de protecție neadaptat nevoilor acestora.

## 2.2. Rolul lucrătorilor în vârstă în Uniunea Europeană

Proporția lucrătorilor în vârstă în Uniunea Europeană va crește în următoarele câteva decenii. Tendințele populației UE-27 cu vârstă de muncă indică faptul că grupa de vârstă 55-64 de ani va crește între 2010 și 2030 cu aproximativ 16,2% (9,9 milioane); toate celelalte grupe de vârstă arată o tendință de scădere, de la 5,4% (40-54 ani) la 14,9% (25-39 ani) (Ilmarinen, 2012). Această schimbare demografică accentuată se datorează speranței de viață mai mari și ratei mai mici de fertilitate. Consecința este faptul că forța de muncă europeană va fi mai în vârstă decât oricând înainte. În numeroase țări europene, lucrătorii vârstnici vor reprezenta până la 30% sau chiar un procent mai mare din populația aptă de muncă. Ratele de ocupare a lucrătorilor în vârstă (55-64 ani) din UE-27 sunt în prezent mai mici de 50%, iar la nivel mondial doar 15 țări prezintă o rată de ocupare a lucrătorilor în vârstă mai mare de 50%. Mai mult de jumătate dintre lucrătorii în vârstă părăsesc locul de muncă înainte de vârsta obligatorie de pensionare, pentru o varietate de motive (Ilmarinen, 2012). Prin urmare, Uniunea Europeană recunoaște ca imperios necesară asigurarea unor cariere profesionale mai bune și de durată pentru a finanța și a sprijini o viață mai lungă a cetățenilor europeni.

În acest context, decretarea anului 2012 ca anul european al îmbătrânirii active are drept scop de a promova calitatea vieții și bunăstarea populației europene, în special a persoanelor în vârstă, și de a promova solidaritatea între generații. O viață de muncă mai bună reprezintă o platformă importantă de promovare a îmbătrânirii active. Prin urmare, sănătatea și securitatea în muncă joacă un rol crucial în asigurarea îmbătrânirii active, printr-o viață de muncă mai bună și mai lungă. Un mediu de muncă sănătos promovează, de asemenea, cooperarea între generația tânără, de vârstă mijlocie și generația vârstnică.

### 2.2.1. Unele date despre îmbătrânire

Pe termen lung, problemele legate de sănătate și în special de boli cronice cresc odată cu vârsta. Prin urmare, aproximativ 30% dintre bărbați și femeile din grupa de vârstă 50-64 ani au nevoie de ajustări urgente la locul de muncă datorită unor probleme de sănătate, pentru a preveni riscurile de pensionare anticipată și de invaliditate de muncă. Cele mai mari probleme de sănătate sunt afecțiunile musculo-scheletale și tulburările mentale. Depresia este, de asemenea, în prezent unul dintre cele mai comune motive pentru incapacitate de muncă și pensionarea timpurie (Health and Safety Executive, 2004, 2005, 2006, 2009). Declinul în capacitatea de muncă fizică odată cu vârsta este clar: capacitate cardio-respiratorie și forța musculară se deteriorează cu aproximativ 1-2% pe an după vârsta de 30 de ani. Capacitate fizică mai scăzută este în principal o problemă în activitățile cu un volum de muncă fizică mare; aproximativ 30% din locurile de muncă din Europa de azi implică poziții fizice necorespunzătoare în timpul desfășurării activităților, manipularea de obiecte grele sau muncă repetitivă (Ilmarinen, 2012). Menționăm că există totuși o arie largă de diferențe individuale în capacitatea de funcționare și starea de sănătate la orice vârstă. Majoritatea lucrătorilor în vârstă au posibilitatea de a se bucura de o sănătate bună și o capacitate fizică adecvată. De asemenea, deși capacitatea fizică și starea de sănătate se deteriorează pe măsură ce îmbătrânim, o serie de funcții se pot îmbunătăți odată cu înaintarea în vârstă.

Creșterea mentală reprezintă „povestea de succes” a procesului de îmbătrânire (*Eurofound – European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions, 2011. Working Longer Requires Better Learning*). De exemplu, gândirea strategică, considerația, înțelepciunea, capacitatea de a delibera, capacitatea de a raționa, controlul asupra diferitelor aspecte de viață, percepția holistică și îmbunătățirea competențelor lingvistice se îmbunătățesc odată cu vârsta. Lucrătorii vârstnici sunt, de asemenea, mai antrenați și implicați în activitatea lor, mai loiali față de angajatorul lor și de multe ori înregistrează rate mai scăzute de absentism comparativ cu alte grupe de vârstă. Experiență de muncă și de gestionare a timpului se îmbunătățesc cu vârsta, de asemenea. Studiile asupra performanței de lucru la locul de muncă au arătat că experiența de lucru compensează declinul unor procese cognitive de bază, cum ar fi funcțiile memoriei și abilitățile psihomotorii.

Vârsta și experiența de muncă îmbunătățesc, de asemenea, capitalul social valoros al lucrătorilor: cresc



competența profesională, cunoștințele tacite, abilitățile de cooperare, se îmbunătățește gradul de conștientizare cu privire la structura organizației și funcțiile sale, se extind rețelele de contacte cu clienții și se îmbunătățește înțelegerea cu privire la schimbările din mediul de muncă. Lucrătorii vârstnici pot învăța lucruri noi.

Deși învățarea nu este dependentă de vârstă, procesele de învățare se modifică odată cu vârsta. Prin urmare, este important ca lucrătorii mai în vârstă să aibă acces la formare profesională și oportunități egale pentru a învăța abilități noi și a-și actualiza competențele profesionale. În acest context, menționăm că ar trebui să fie utilizate strategiile de învățare și metodele didactice adaptate pentru învățarea pe tot parcursul vieții.

### 2.3. Diagnoza stresului ocupațional

Stresul rămâne un concept abstract, însumând o arie largă de probleme psihologice și fiziologice. Potrivit Health and Safety Executive (HSE), stresul este un răspuns aversiv sau dăunător al organismului la presiuni sau solicitări din mediu, în special când solicitările muncii depășesc capacitățile sau resursele lucrătorului (Health and Safety Executive, *How to tackle work-related stress. A guide for employers on making the Management Standards work*. 2009).

Potrivit Directivei Cadru Europene 89/391 (European Framework Directive 89/391) asupra sănătății și siguranței în muncă, toți angajatorii au obligația legală de a proteja siguranța ocupațională și sănătatea lucrătorilor; aceasta include și problemele legate de stresul ocupațional, în măsura în care acestea constituie un risc pentru sănătate și siguranță. Deși numeroase țări au dezvoltat o legislație asupra organizării muncii și condițiilor de muncă, totuși, puține menționează în mod explicit stresul ocupațional. În Marea Britanie, spre exemplu, au existat unele dezbateri cu privire la măsura în care managementul stresului ocupațional ar trebui reglementat prin legislație (HSC 1999, citat în Chandola, 2010). Totuși, această discuție a fost abandonată în favoarea unui Cod de Practici Aprobate (Approved Code of Practice), concretizat ulterior într-un set de Standarde de management al stresului, care să ghideze angajatorii în ceea ce privește stresul ocupațional.

În România, Comisia de Muncă, Servicii și Transporturi (CMST) din cadrul Colegiului Psihologilor din România a formulat standardele generale de calitate privind activitatea psihologilor din domeniul psihologiei muncii, industriale și organizaționale în vederea optimizării activității psihologilor practicieni, în cadrul cărora se includ și standardele privind evaluarea și intervențiile în domeniul stresului ocupațional (Standardele generale de calitate privind activitatea psihologilor care activează în domeniul psihologiei muncii, industriale și organizaționale, 2007).

**2.4. Diagnoza stresului ocupațional într-o organizație producătoare de materiale de construcții**  
Procedura de diagnoză utilizată în studiul prezent se bazează pe integrarea tuturor domeniilor-cheie ce pot fi gestionate pentru reducerea stresului ocupațional propuse de Colegiul Psihologilor din România: solicitări (încărcarea muncii, grupările de sarcini de muncă și solicitări generate de mediul de muncă), control (nivelul de control asupra desfășurării muncii perceput de

angajat), suport (încurajarea, sponsorizarea și resursele furnizate de organizație, manageri de linie și colegi), relații (promovarea unui context de muncă pozitiv, evitarea conflictelor și gestionarea comportamentelor indesezirabile), rol (măsura în care angajații își înțeleg rolul în cadrul organizației și organizația se asigură că nu apar conflicte de rol).

**Obiectivele acestui studiu diagnostic au fost următoarele:**

- Furnizarea unei prezentări statistice a tendințelor în ocuparea forței de muncă și integrarea femeilor și persoanelor vârstnice din cadrul unei organizații producătoare de materiale de construcții, și de a explora modul în care acestea au un impact asupra siguranței lor și sănătății în muncă;
- Explorarea în profunzime a unor probleme mai puțin investigate în cadrul organizațiilor românești, cum ar fi expunerea combinată la factori de risc/ stresori ocupaționali, utilizarea surselor de suport social în mediul de muncă, satisfacția cu munca și emoțiile angajaților;
- Identificarea și propunerea unor direcții de intervenție în domeniul sănătății ocupaționale și de prevenire a stresului ocupațional particularizate pentru organizația care a făcut obiectul studiului diagnostic, bazate pe integrarea diferențelor de gen și de vârstă.

## 3. METODOLOGIA CERCETĂRII

### 3.1. Participanți

La acest studiu au participat 100 angajați, dintre care 43 sunt bărbați și 57 femei, din cadrul unei companii producătoare de materiale de construcții. Vârsta medie (M) a participanților este de 45 ani, cu o abatere standard de 9.28; limitele de vârstă sunt de 26, respectiv 62 ani. În ceea ce privește starea civilă a participanților, 68% sunt căsătoriți, 3% coabitează cu o persoană, 12% sunt necăsătoriți, 4% au statutul de „recăsătorit”, 2% au statutul de „separat” și 4% de „văduv”. Distribuția participanților în funcție de nivelul de studii atins este următoarea: 52% au studii liceale, 39% sunt absolvenți de studii superioare, 4% dintre participanți au absolvit un masterat ca ultimă școală, iar 5% dintre participanți au absolvit un doctorat.

### 3.2. Instrumente de măsură

*Indicatorul de Stres Ocupațional Health Safety Executive (HSE, 2004, 2005, 2006)* este alcătuit din 35 de itemi grupați în șase scale separate care măsoară dimensiuni relaționate cu stresul ocupațional: Solicitățile muncii (8 itemi), Controlul perceput în muncă (6 itemi), Suportul șefului (5 itemi), Suportul colegilor de muncă (4 itemi), Relațiile la locul de muncă (4 itemi) Schimbările la locul de muncă (3 itemi) și Rolul în organizație (5 itemi). Răspunsurile la fiecare item sunt date pe o scală Likert de 5 puncte (1=acord puternic, 5=dezacord puternic). Calitățile psihometrice ale instrumentului au fost demonstrate în trei anchete reprezentative la nivel național asupra condițiilor psihosociale de muncă realizate în Anglia (Health and Safety Executive, 2004, 2005, 2006).

*Satisfacția față de actualul loc de muncă. Indexul Descriptiv al Postului (JDI, Smith și colab., 1969, citați în Kinicki, McKee-Ryan, Schriesheim & Carson, 2002)* este proiectat pentru a măsura satisfacția angajaților cu



munca lor. După 40 de ani de cercetări, JDI rămâne unul dintre cele mai utilizate instrumente de evaluare a satisfacției cu munca (Kinicki, McKee-Ryan, Schriesheim & Carson, 2002). Numeroasele cercetări desfășurate cu JDI susțin fidelitatea și validitatea acestui instrument. JDI evaluează șase fațete ale satisfacției cu munca: satisfacția cu beneficiile, satisfacția cu recompensele, satisfacția cu maniera de lucru, satisfacția cu colegii de muncă, satisfacția cu munca, satisfacția cu comunicarea în organizație. Scala Satisfacția cu munca a fost dezvoltată pentru a evalua satisfacția globală cu postul, o evaluare a constructului global de satisfacție cu munca putând fi obținută și prin calcularea scorului total. Subscalele conțin fie 9, fie 18 itemi, numărul total de itemi fiind de 72.

*Măsurarea Emoțiilor Stare-Trăsătură (MEST-Ro* Levine și Xu, 2005). Acest chestionar este constituit din cinci emoții pozitive și cinci emoții negative. Ele se referă la următoarele variabile: mânie, anxietate, tristețe, invidie, vinovăție/rușine (afectivitate negativă) și bucurie, afecțiune, mândrie, mulțumire, vigilență / energie (afectivitate pozitivă). Participanților li se cere să evalueze pe o scală de 10 puncte construită pe baza unui principiu similar scalelor de evaluare cu ancore comportamentale (BARS) (Pitariu et al., 2006), emoțiile specifice relaționate cu munca experiențiate în momentul prezent (Stare) și emoțiile relaționate cu munca experiențiate în general (Trăsătură). Studiile anterioare dovedesc calitățile psihometrice bune ale versiunii românești a instrumentului (Pitariu et al., 2006; Levine et al., 2011).

*Intenția de părăsire a organizației.* În calitate de indicator al gradului de satisfacție față de actualul loc de

muncă s-a folosit întrebarea „De câte ori v-ați gândit serios să vă schimbați serviciul actual în ultimele 3 luni?”. Răspunsurile au fost date pe o scală likert de la 1 la 6, unde 1=niciodată, 2=foarte rar, 3=rareori, 4=uneori, 5=frecvent, 6=foarte frecvent.

*Indicatori ai stării de sănătate fizică.* Starea de sănătate fizică a participanților a fost evaluată prin răspunsul la două întrebări: „Câte zile de concediu medical ați avut în ultimele 3 luni?”, respectiv „De câte ori ați fost la medic în ultimele 3 luni?”. Răspunsurile la întrebarea legată de concediul medical au fost operaționalizate în număr de zile, iar răspunsurile la întrebarea legată de vizitele medicale a fost operaționalizată în număr de vizite medicale efectuate în perioada specificată.

### 3.3. Procedura

Cei 100 participanți au fost integrați în studiu pe bază de voluntariat, nefiind utilizată nicio modalitate de recompensare. Ședința de completare a chestionarelor a debutat cu oferirea de instrucțiuni care să faciliteze completarea în condiții optime a chestionarului, iar pe parcursul completării au fost oferite lămuriri suplimentare în condițiile în care acestea au fost solicitate de participanți.

## 4. REZULTATE ȘI DISCUȚII

Tabelul 1 conține statisticile descriptive privitor la scorurile obținute la scalele din cadrul Indicatorului de Stres Ocupațional HSE (2004, 2005, 2006), JDI (Smith et al., 1969) și MEST-Ro Levine & Xu, 2005); de asemenea, sunt incluși în tabel coeficienții Alpha pentru toate scalele utilizate în studiul diagnostic.

Tabelul 1. Statisticile descriptive pentru scalele utilizate (N=100)

Scala	Media	Abaterea standard	Minim	Maxim	Coeficient Alpha
Solicitările muncii	3.17	.59	1.62	4.62	.78
Controlul perceput în muncă	3.43	.62	1.50	4.83	.76
Suportul șefului	3.27	.70	1.00	4.40	.71
Suportul colegilor de muncă	3.59	.61	1.50	4.50	.67
Relațiile la locul de muncă	3.71	.56	2.50	4.75	.45
Schimbările la locul de muncă	2.95	.91	1.00	5.00	.77
Rolul în cadrul organizației	3.86	.61	2.40	5.00	.67
JDI satisfacția cu munca actuală	30.12	10.23	7.00	54.00	.77
JDI satisfacția cu salariul prezent	19.98	16.12	.00	50.00	.85
JDI satisfacția cu oportunitățile de promovare	17.38	11.96	.00	54.00	.68
JDI satisfacția cu șeful	29.00	9.43	6.00	51.00	.67
JDI satisfacția cu colegii de muncă	32.38	12.25	3.00	54.00	.84
JDI satisfacția cu serviciul în general	31.29	11.07	7.00	54.00	.81
MEST-Ro afectivitatea negativă stare	16.51	6.99	6.00	35.00	.61
MEST-Ro afectivitatea negativă trăsătură	16.54	6.55	6.00	34.00	.58
MEST-Ro afectivitatea pozitivă stare	25.32	7.08	12.00	46.00	.71
MEST-Ro afectivitatea pozitivă trăsătură	26.65	6.82	11.00	43.00	.69

În general, coeficienții Alpha Cronbach au valori adecvate sau foarte bune, dovedind o consistență internă bună a scalelor utilizate; singura scală în cazul căreia s-a obținut o valoare scăzută a acestui indicator este cea care evaluează relațiile la locul de muncă din cadrul Indicatorului HSE.

În ceea ce privește indicatorii nivelului de stres ocupațional evaluați cu Indicatorul HSE, și anume solicitările muncii, controlul perceput în muncă, suportul șefului, suportul colegilor de muncă, relațiile la locul de muncă, schimbările la locul de muncă și rolul în

organizație se observă că aceștia se încadrează în limite normale, rezultatele obținute fiind similare celor obținute în studii anterioare (Capotescu, 2009).

La nivelul dimensiunilor satisfacției cu munca, valori medii scăzute, problematice, sunt observate în cazul satisfacției cu salariul prezent (M=19.98) și la nivelul satisfacției cu oportunitățile de promovare în cadrul organizației (M=17.38). Cele mai ridicate valori medii se remarcă în cazul satisfacției cu colegii de muncă (32.38).



Un element deosebit de relevant în cadrul unei diagnoze organizaționale este considerarea vechimii în organizație a participanților. Tabelul 2 prezintă sub formă de frecvențe și procente datele privind vechimea în organizație a participanților la studiul prezent.

Un procent semnificativ dintre participanții la studiu au o vechime mare în organizație. Astfel, 20% dintre participanți au o vechime în organizație cuprinsă între 5 și 10 ani, 17% au o vechime cuprinsă între 10 și 15 ani și 37% au o vechime de peste 15 ani în organizație. Un procent de 15% dintre participanți au o vechime medie, cuprinsă între un an și cinci ani, iar numărul celor cu vechime scăzută este mai scăzut: 6% dintre participanți au o vechime cuprinsă între 6 luni și un an și 5% s-au angajat în ultimele 6 luni.

Tabelul 2. Vechimea în organizație

Vechimea în organizație	Frecvență	Procent
mai puțin de 6 luni	5	5.0
6 luni - 1 an	6	6.0
1-5 ani	15	15.0
5-10 ani	20	20.0
10-15 ani	17	17.0
peste 15 ani	37	37.0

Tabelul 3 prezintă valorile medii obținute pe lotul de participanți din studiul prezent la scalele Indicatorului de Stres Ocupațional HSE raportate la nivelele - țintă propuse de Health and Safety Executive (2004) pentru intervențiile de reducere a stresului ocupațional.

Tabelul 3. Nivele - țintă pentru intervențiile de reducere a stresului ocupațional

Scala	Valorile medii obținute în studiul prezent	Nivele - țintă pentru intervențiile de reducere a stresului ocupațional (Health and Safety Executive, 2004)
Solicitările muncii	3.17	4.25
Controlul perceput în muncă	3.43	4.33
Suportul șefului	3.27	4.6
Suportul colegilor de muncă	3.59	4.75
Relațiile la locul de muncă	3.71	4.75
Schimbările la locul de muncă	2.95	4.0
Rolul în cadrul organizației	3.86	5.0

Valorile medii pentru lotul global se situează sub cele identificate de Health and Safety Executive (2004) drept critice și impunând intervenții pentru reducerea efectelor negative ale stresorilor (Tabelul 3). Din acest motiv, am realizat în continuare o serie de analize în cadrul cărora am luat în considerare genul și vârsta participanților, pentru a putea identifica posibilele grupuri vulnerabile la stres în rândul acestora.

Analiza mediilor participanților încadrați în trei grupe de vârstă - sub 40 de ani, între 40 și 50 de ani și peste 50 de ani relevă un nivel funcțional pe toate dimensiunile indicatorului HSE. Valorile medii pentru toate cele trei grupuri de vârstă se înscriu sub valorile-limită considerate de risc major de stres ocupațional, după cum se poate observa în Tabelul 4.

Tabelul 4. Mediile și abaterea standard pe grupe de vârstă: sub 40 ani (N=34), între 40 și 50 de ani (N=32) și peste 50 de ani (N=34)

Scala	Grup 1 (vârstă sub 40 ani) N=34		Grup 2 (vârstă între 40 și 50 ani) N=32		Grup 3 (vârstă peste 50 ani) N=34	
	Media	Abaterea standard	Media	Abaterea standard	Media	Abaterea standard
Solicitările muncii	3.23	.56	3.10	.71	3.18	.51
Controlul perceput în muncă	3.30	.57	3.45	.71	3.53	.57
Suportul șefului	3.22	.64	3.33	.76	3.25	.70
Suportul colegilor de muncă	3.63	.66	3.57	.58	3.55	.61
Relațiile la locul de muncă	3.72	.59	3.64	.62	3.76	.47
Schimbările la locul de muncă	2.76	.89	3.07	.95	3.02	.89
Rolul în cadrul organizației	3.70	.56	3.96	.62	3.94	.64

#### Diferențe de gen

Investigarea diferențelor de gen pentru toate variabilele luate în studiu a fost realizată prin utilizarea testului t pentru eșantioane independente. Rezultatele obținute sunt prezentate în Tabelul 5.

Studiul prezintă a evidențiat diferențe semnificative de gen în ceea ce privește percepția asupra solicitărilor muncii ( $t(98) = -2.07$ ,  $p=.04$ ), suportul social primit din partea șefului ( $t(98) = -2.73$ ,  $p=.00$ ), dar și la nivelul

percepției rolului în cadrul organizației ( $t(98) = -2.39$ ,  $p=.01$ ). La nivel de satisfacție cu munca, apar diferențe între angajații bărbați și femei la nivelul următoarelor dimensiuni evaluate cu JDI: satisfacția cu munca actuală ( $t(98) = -2.91$ ,  $p=.00$ ) și satisfacția cu salariul prezent ( $t(98) = -2.50$ ,  $p=.01$ ). La nivelul emoțiilor relaționate cu munca evaluate ca stare și ca trăsătură nu apar diferențe de gen semnificative statistic.



Tabelul 5. Diferențele între bărbați și femei pentru scalele utilizate (N=100)

Scala	Diferențe de gen
Solicitările muncii	$t(98) = -2.07$ ,
Controlul perceput în muncă	$t(98) = -.53$ , $p = .59$
Suportul șefului	$t(98) = -2.73$ ,
Suportul colegilor de muncă	$t(98) = -.75$ , $p = .45$
Relațiile la locul de muncă	$t(98) = -1.15$ ,
Schimbările la locul de muncă	$t(98) = -1.38$ ,
Rolul în cadrul organizației	$t(98) = -2.39$ ,
JDI satisfacția cu munca actuală	$t(98) = -2.91$ ,
JDI satisfacția cu salariul prezent	$t(98) = -2.50$ ,
JDI satisfacția cu oportunitățile de promovare	$t(98) = .21$ , $p = .83$
JDI satisfacția cu șeful	$t(98) = -.94$ , $p = .34$
JDI satisfacția cu colegii de muncă	$t(98) = .99$ , $p = .32$
JDI satisfacția cu serviciul în general	$t(98) = 1.75$ , $p = .08$
MEST-Ro afectivitatea negativă	$t(98) = .40$ , $p = .68$
MEST-Ro afectivitatea negativă trăsătură	$t(98) = 1.16$ , $p = .24$
MEST-Ro afectivitatea pozitivă stare	$t(98) = 1.17$ , $p = .24$
MEST-Ro afectivitatea pozitivă trăsătură	$t(98) = .11$ , $p = .90$

**Diferențe de gen privind intenția de părăsire a organizației, numărul real de ore lucrate și starea de sănătate fizică**

**Intenția de părăsire a organizației:** în studiul prezent, nu apar diferențe semnificative între bărbați și femei în ceea ce privește intenția de părăsire a organizației, evaluată în studiul prezent pe baza răspunsurilor participanților la întrebarea „De câte ori v-ați gândit serios să vă schimbați serviciul actual în ultimele 3 luni?”: rezultatele testului U al lui Mann-Whitney:  $z = -.56$ ,  $p = .57$ .

Nu apar diferențe semnificative între bărbați și femei nici în ceea ce privește **numărul real de ore lucrate pe săptămână** ( $t(98) = -.14$ ,  $p = .88$ ).

În ceea ce privește **starea de sănătate fizică**, numărul de zile de concediu medical avute în ultimele trei luni ( $t(98) = -.32$ ,  $p = .74$ ) și numărul de vizite medicale din ultimele trei luni ( $t(98) = -1.04$ ,  $p = .30$ ) nu diferă semnificativ în funcție de gen.

#### Diferențe de vârstă

O caracteristică demografică relevantă este împărțirea echilibrată a angajaților pe categorii de vârstă în cadrul organizației supuse diagnozei, situație mai puțin întâlnită în organizațiile românești. Acest fapt a permis analiza mai detaliată asupra variabilelor de interes, și anume dimensiunile relaționate cu stresul ocupațional, satisfacția cu munca și prin considerarea influenței pe care înaintarea în vârstă o poate exercita asupra acestora. Pentru a investiga măsura în care vârsta constituie un factor de vulnerabilitate pentru experiențierea stresului am calculat diferențe cu ajutorul ANOVA simplă (unifactorială) între participanții încadrați în următoarele trei categorii de vârstă: până la 40 de ani (grup 1, N=34), între 40 și 50 de ani (grup 2, N=32) și peste 50 de ani (grup 3, N=34). De asemenea

am calculat diferențele între participanții încadrați în cele trei grupe de vârstă și pentru fiecare dintre dimensiunile satisfacției cu munca și ale emoțiilor relaționate cu munca.

Rezultatele obținute sunt prezentate în Tabelul 6.

Tabelul 6. Diferențele între cele trei grupuri de vârstă pentru scalele utilizate (N=100)

Scala	Diferențe de vârstă
Solicitările muncii	$F(2,97) = .39$ , $p = .67$
Controlul perceput în muncă	$F(2,97) = 1.12$ , $p = .32$
Suportul șefului	$F(2,97) = .20$ , $p = .81$
Suportul colegilor de muncă	$F(2,97) = .15$ , $p = .85$
Relațiile la locul de muncă	$F(2,97) = .40$ , $p = .67$
Schimbările la locul de muncă	$F(2,97) = 1.11$ , $p = .33$
Rolul în cadrul organizației	$F(2,97) = 1.80$ , $p = .16$
JDI satisfacția cu munca actuală	$F(2,97) = .28$ , $p = .75$
JDI satisfacția cu salariul prezent	$F(2,97) = .27$ , $p = .75$
JDI satisfacția cu oportunitățile de promovare	$F(2,97) = .13$ , $p = .87$
JDI satisfacția cu șeful	$F(2,97) = .30$ , $p = .74$
JDI satisfacția cu colegii de muncă	$F(2,97) = .87$ , $p = .42$
JDI satisfacția cu serviciul în general	$F(2,97) = .59$ , $p = .55$
MEST-Ro afectivitatea negativă	$F(2,97) = 3.84$ , $p = .02$
MEST-Ro afectivitatea negativă trăsătură	$F(2,97) = 6.15$ , $p = .00$
MEST-Ro afectivitatea pozitivă	$F(2,97) = 6.56$ , $p = .00$
MEST-Ro afectivitatea pozitivă trăsătură	$F(2,97) = 4.21$ , $p = .01$

După cum se poate observa în Tabelul 6, nu apar diferențe semnificative între cele trei grupe de vârstă în ceea ce privește solicitările muncii percepute ca stresori, controlul perceput în muncă sau suportul primit din parte colegilor sau superiorilor. De asemenea, participanții nu diferă între ei în funcție de vârstă în privința percepțiilor asupra schimbărilor petrecute la nivel organizațional, asupra relațiilor în organizație sau a rolului deținut în cadrul organizației. Satisfacția cu munca apare ca o percepție unitară în cadrul organizației în care am realizat acest studiu diagnostic, fapt dovedit de inexistența unor diferențe semnificative între cele trei grupe de vârstă în ceea ce privește dimensiunile satisfacției cu munca. Diferențe semnificative relaționate cu vârsta apar însă în cazul emoțiilor relaționate cu munca, afectivitatea negativă stare ( $F(2,97) = 3.84$ ,  $p = .02$ ), afectivitatea negativă trăsătură ( $F(2,97) = 6.15$ ,  $p = .00$ ), afectivitatea pozitivă stare ( $F(2,97) = 6.56$ ,  $p = .00$ ) și afectivitatea pozitivă trăsătură ( $F(2,97) = 4.21$ ,  $p = .01$ ).

**Diferențe de vârstă privind intenția de părăsire a organizației, numărul real de ore lucrate și starea de sănătate fizică**

Diferențe semnificative între cele trei grupe de vârstă apar în ceea ce privește **intenția de părăsire a organizației**:  $F(2,97) = 13.63$ ,  $p = .00$ .

**Diferențe între numărul real de ore lucrate între cele trei grupe de vârstă.** Rezultatele analizei de varianță nu evidențiază diferențe semnificative între cele trei



grupe de vârstă în ceea ce privește numărul real de ore lucrate:  $F(2,97) = .44$ ,  $p = .64$ .

În ceea ce privește starea de sănătate fizică a angajaților, studiul prezent evidențiază diferențe semnificative în ceea ce privește numărul de vizite medicale în ultimele trei luni între angajații încadrați în cele trei grupe de vârstă ( $F(2,97) = 6.78$ ,  $p = .00$ ). Nu apar însă diferențe în ceea ce privește numărul de zile de concediu medical în ultimele trei luni. Oricum, valoarea medie foarte scăzută a numărului de zile de concediu medical pentru întregul lot de participanți sugerează o stare de sănătate fizică satisfăcătoare pentru angajați în ansamblu, vârsta neinfluențând această variabilă.

## 5. CONCLUZII

Urmând direcțiile propuse de *European Agency for Safety and Health at Work* pentru evaluarea noilor riscuri pentru siguranța și sănătatea femeilor la muncă și promovarea îmbătrânirii active pe piața muncii, studiul prezent a identificat o serie de diferențe de gen, dar și diferențe între angajații incluși în trei categorii de vârstă (până la 40 de ani, între 40 și 50 de ani și peste 50 de ani) la nivel de percepere a stresului ocupațional și a satisfacției cu munca.

Studiul prezent a identificat o serie de diferențe de gen în ceea ce privește percepția asupra solicitărilor muncii, suportul social primit din partea șefului, dar și la nivelul percepției rolului în cadrul organizației. De asemenea, la nivel de satisfacție cu munca, apar diferențe de gen la nivelul satisfacției cu munca actuală, dar și la nivelul satisfacției cu salariul prezent.

Rezultatele studiului prezent evidențiază necesitatea de a îmbunătăți în continuare condițiile de muncă, atât pentru bărbați cât și pentru femei, cu mențiunea că femeile din organizația care a făcut obiectul acestui studiu diagnostic se percep defavorizate în ceea ce privește nivelul solicitărilor muncii, dar și al suportului social primit din partea șefului și manifestă un nivel de satisfacție mai scăzut cu munca lor și cu recompensele financiare comparativ cu angajații bărbați.

Chiar și în țările europene cu tradiție în domeniul promovării sănătății și siguranței în muncă se poate observa că investigarea riscurilor ocupaționale și a siguranței și sănătății ocupaționale a fost neglijată în cazul femeilor comparativ cu bărbații, atât în ceea ce privește cercetarea, cât și implementarea unor metode de intervenție și prevenție (European Risk Observatory, 2011. *Risks and Trends in the Safety and Health of Women at Work*). Acest dezechilibru ar trebui să facă obiectul cercetărilor viitoare, dar și al programelor de conștientizare și de prevenție. Cercetările și intervențiile viitoare trebuie să ia în considerare diferențele de gen în investigarea efectelor expunerii la diferite surse de presiune/ stresori din mediul muncii. De asemenea, implementarea strategiilor de prevenție a riscurilor și a strategiilor vizând îmbunătățirea stării de bine și a satisfacției cu munca ar trebui realizate într-o manieră caracterizată prin senzitivitate față de diferențele de gen. Intervențiile senzitive la diferențele de gen ar trebui să adopte o abordare participativă, implicând angajații afectați, și bazată pe examinarea condițiilor reale de muncă.

Alături de explorarea diferențelor de gen, studiul diagnostic prezent și-a propus investigarea stresului ocupațional la angajați prin integrarea diferențelor de vârstă, pornind de la premiza că participarea activă pe piața muncii este un important factor pozitiv pentru îmbătrânirea activă. Fiecare generație are propriile puncte forte și punctele slabe, iar punctele forte ale lucrătorilor vârstnici ar trebui să fie mai bine identificate și utilizate cu scopul de a le transforma într-un activ valoros la locul de muncă.

Menționăm că în studiul prezent nu apar diferențe semnificative între cele trei grupe de vârstă în ceea ce privește solicitările muncii percepute ca stresori, controlul perceput în muncă sau suportul primit din parte colegilor sau superiorilor. Diferențe semnificative relaționate cu vârsta apar în studiul prezent în cazul emoțiilor relaționate cu munca: afectivitatea negativă stare, afectivitatea negativă trăsătură, afectivitatea pozitivă stare și afectivitatea pozitivă trăsătură. Aceste rezultate atrag atenția asupra necesității monitorizării în continuare a stării emoționale a angajaților acestei organizații în vederea propunerii unor intervenții adresate acestei dimensiuni deosebit de importante pentru starea de bine și sănătatea unei organizații.

Pornind de la rezultatele studiului prezent se impune discutarea unor intervenții de gestionare a aspectelor legate de vârstă la locul de muncă. Managementul aspectelor legate de vârstă la locul de muncă subliniază că „factorii legați de vârstă ar trebui să fie luați în considerare în managementul de zi cu zi, inclusiv modalitățile de lucru și sarcinile individuale de muncă, astfel încât toți angajații, indiferent de vârstă, să se simtă împuterniciți în atingerea obiectivelor proprii și a celor organizaționale” (Ilmarinen, 2012). Pornind de la diferențele la nivelul emoțiilor relaționate cu munca evidențiate între cele trei grupe de angajați de vârste diferite din studiul prezent, câteva obiective ale managementului aspectelor legate de vârstă la locul de muncă sugerate de *European Agency for Safety and Health at Work* (Ilmarinen, 2012) au fost adaptate și propuse pentru organizația care a făcut obiectul acestui studiu diagnostic, pe care le sumarizăm în continuare:

- Asigurarea unei bune conștientizări cu privire la îmbătrânire;
- Atitudine corectă față de îmbătrânire;
- Abordarea managementului aspectelor legate de vârstă la locul de muncă drept o sarcină de bază și o datorie pentru manageri și supervizori;
- Includerea managementului aspectelor legate de vârstă la locul de muncă în politica de resurse umane;
- Promovarea capacității de muncă și a productivității;
- Promovarea învățării pe tot parcursul vieții;
- Redactarea unor contracte de muncă prin intermediul cărora să fie asigurată respectarea drepturilor legale ale angajaților vârstnici;
- Asigurarea tranziției către pensionare în condiții de siguranță și demnitate.

Practicile de management al aspectelor legate de vârstă în locurile de muncă europene arată că organizațiile pot să abordeze aspectele legate de procesul de îmbătrânire a forței de muncă fie ca „rezolvare de probleme”, fie într-o manieră proactivă. Un nivel scăzut de



conștientizare a aspectelor legate de îmbătrânire conduce companiile la abordarea îmbătrânirii angajaților ca problemă, punând accent pe limitarea resurselor prin reducerea cererii pentru lucrători vârstnici; printr-o mai bună înțelegere a procesului de îmbătrânire ca o provocare sau oportunitate, companiile proactice sunt pregătite să susțină resursele individuale și să sprijine procesul de învățare între generații (Ilmarinen, 2012). În conformitate cu direcțiile promovate la nivelul Uniunii Europene, rezultatele studiului prezent ilustrează necesitatea abordării aspectelor legate de managementul vârstei, pentru a contribui la crearea de oportunități egale pentru toate generațiile.

În rezumat, putem spune că o abordare focalizată pe beneficiile diagnozei stresului ocupațional în vederea asigurării sănătății și siguranței în muncă, nu numai a femeilor și a persoanelor vârstnice, ci, de asemenea, a tuturor lucrătorilor, consolidează considerabil potențialul de a oferi locuri de muncă mai bune pentru toții angajații.

## 6. BIBLIOGRAFIE

Capotescu, R. (2009). Stresul ocupațional la educatoare. Diagnoza și direcții de intervenție. În Baltătescu, Sergiu, Chișea, Floare, Cioara, Ionel, Hatos, Adrian, Saveanu, Sorana (Eds.). Educație și schimbare socială. Perspective sociologice și comunicaționale. Editura Universității din Oradea, ISBN 978-606-10-0045-6, p. 111-116.

Chandola, T. (2010). Stress at Work. A report prepared for The British Academy. Carlton House Terrace, London.

Ilmarinen, J. (2012). Promoting active ageing in the workplace. European Agency for Safety and Health at Work. <http://osha.europa.eu>

Kinicki, A.J., McKee-Ryan, F.M., Schriesheim, C.A., & Carson, K.P. (2002). Assessing the Construct Validity of the Job Descriptive Index: A Review and Meta-Analysis. *Journal of Applied Psychology*, 87, 1, 14-32.

Levine, E.L., Xu, X., Yang, L.Q., Ispas, D., Pitariu, H.D., Bian, R., Ding, D., Capotescu, R., Che, H.S., & Mușat, S. (2011). Cross-national explorations of the impact of affect at work using the state-trait emotion measure (STEM): A coordinated series of studies in three countries. *Human performance*, 24, 1-38.

Levine, E.L., & Xu, X. (2005). Development and Validation of the State Trait Emotion Measure (STEM). Paper presented at the 20<sup>th</sup> Annual Conference of the Society for Industrial and Organizational Psychology, Los Angeles.

Pitariu, H., Levine, E.L., Mușat, S., Ispas, D. (2006). Validarea Chestionarului de măsurare a emoțiilor ca stare și ca trăsătură (MEST-Ro) la baschetbaliste. *Psihologia Resurselor Umane*, 4, 2, 16-27.

\*\*\*Eurofound – European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions (2010). Working Time Developments 2009.

<http://www.eurofound.europa.eu/eiro/studies/tn1004039s/tn1004039s.htm>

\*\*\*Eurofound – European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions (2011). Working Longer Requires Better Learning. <http://www.eurofound.europa.eu/press/releases/2011/110315.htm>

\*\*\*European Agency for Safety and Health at Work (2012). Family Issues And Work-Life Balance.

<http://osha.europa.eu/en/publications/e-facts/e-fact-57-family-issues-work-life-balance/view>

\*\*\*European Framework Directive 89/391. Găsit la: <http://osha.europa.eu/en/legislation/directives/the-osh-framework-directive/1>

\*\*\*European Risk Observatory. (2011). Risks and Trends in the Safety and Health of Women at Work. <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/new-risks-trends-osh-women>

\*\*\*Health and Safety Executive. Work-related stress. Health and Safety in the Workplace. Health and Safety Executive (2004). Psychosocial Working Conditions in Great Britain in 2004.

\*\*\*Health And Safety Executive (2005). Psychosocial Working Conditions in Great Britain in 2005.

\*\*\*Health and Safety Executive (2006). Psychosocial Working Conditions in Great Britain in 2006.

\*\*\*Health and Safety Executive (2009). *How to tackle work-related stress. A guide for employers on making the Management Standards work*. London. Găsit la: <http://www.hse.gov.uk/pubns/indg430.pdf>.

\*\*\*Standardele generale de calitate privind activitatea psihologilor care activează în domeniul psihologiei muncii, industriale și organizaționale. (2007). Legislație. *Psihologia Resurselor Umane*, vol. 5, nr. 1, pp. 108-114.



# STRES OCUPAȚIONAL, PERFORMANȚĂ ȘI SATISFACȚIE LA ANGAJAȚII DINTR-O ORGANIZAȚIE CU PROFIL TRANSPORTURI

LAURA CIOIENARU, ADRIAN BRATE

Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu, laura.cioienaru@yahoo.com, adrian.brata@gmail.com

**ABSTRACT:** This paper has the goal of analyzing and to highlight the most relevant aspects of the occupational stress – performance – work place satisfaction relation. The increased interest shown in this field of study had many reasons, including: the recognition shown by stress specialists as a significant factor which affects the wellbeing and the productivity of the individual. The instruments used for analyzing the relations between the 3 factors which influence the professional and personal life of the participants of a transport company were: the “Work satisfaction” questionnaire (Ticu Constantin, 2004), the Perceived Stress scale, stress self-evaluation using the Likert scale (1 Never – 5 Very Often); the performance was measured on the Likert scale (1-5) by the direct supervisor, according to the individual files results of performance, inside the organization. The results show negative correlations between stress – performance, stress – satisfaction and a significant positive correlation between satisfaction and performance. Also, it is worth noticing the fact that the employees sex and education did not influenced in a great manner the stress, performance and workplace satisfaction.

Key-words : occupational stress, performance, job satisfaction, transport personnel

## 1. INTRODUCERE

Lucrarea de față își propune să analizeze și să scoată în evidență aspectele cele mai relevante ale relației dintre stresul ocupațional – performanța – și satisfacția la locul de muncă. Interesul crescut pentru acest domeniu de studiu a avut mai multe motive, incluzând: recunoașterea de către specialiști a stresului ca factor semnificativ și în creștere, ce afectează starea de bine și productivitatea individului. Pot fi găsite numeroase studii empirice în literatura de specialitate ce își concentrează atenția pe relația dintre stresul ocupațional, sănătatea și starea de bine a individului și performanța la locul de muncă. Acestea oferă probe solide ale relației dintre experiențele neplacute ale decorului ocupațional și disfuncțiile performanței angajaților și relația directă a stresului la locul de muncă asupra stării de bine a muncitorilor. Cu toate că majoritatea studiilor arată că un nivel ridicat de stres are o legătură directă negativă în relația cu performanța, alții găsesc stresul necesar pentru îmbunătățirea performanței. Jamal și Baba (1992) au efectuat studii, iar rezultatele lor au fost următoarele: există o legătură semnificativ negativă între stres și performanță; există diferențe mici în relația stres – performanță din perspectiva activităților diferitelor categorii de angajați, ceea ce ne arată că această relație poate fi influențată de diferite activități la locul de muncă. Jacobs et. al. (2007) arată existența unei relații semnificativ negative între anumite surse ale stresului și performanța organizațională măsurată prin productivitatea angajaților. Cu toate astea, starea de bine și angajamentul organizațional au un rol semnificativ în înțelegerea relației nivel de stres – performanță. Efectele negative ale stresului ocupațional, precum un nivel scăzut al satisfacției la locul de muncă, performanța scăzută, resursele fizice și psihologice sunt bine documentate (Bromet et. al; 1992; Cooper și Cartwright, 1997). Expunerea prelungită la condiții de muncă stresante pot fi dăunătoare în mod special indivizilor (Belkié et. al;

2000). Cu toate că stresul nu este unicul sau neapărat agentul primar cauzal, acesta este implicat în mai mult de jumătate din morbiditatea și mortalitatea umană (Fry, 1995; Quick 1998; Sapolsky, 1998). Stresul este direct implicat (boli cardiace, atacuri cerebrale, răni, sinucideri) și indirect implicat (cancer, boli cronice ale ficatului, bronșite cronice) în diferite tulburări fiziologice (Fry, 1995; Quick, 1998; Sapolsky, 1998). Pentru a-și putea atinge scopurile, organizațiile au nevoie de indivizi cu performanțe ridicate. Totuși, performanța nu este importantă doar pentru organizație, cât este pentru fiecare individ în parte. Performanța reprezintă o condiție esențială pentru succesul în muncă și dezvoltarea carierei angajaților. Cu toate că pot fi excepții, angajații care au o performanță ridicată în muncă sunt promovați cu o mai mare ușurință în cadrul organizației în care își desfășoară activitatea și au, în general, oportunități de care angajații mai puțin performanți nu au parte (VanScotter, Motowidlo și Cross, 2000).

Fiind o problemă de actualitate și mare interes pentru organizații, aprecierea performanțelor a dezvoltat un număr mare de cercetări și noi direcții de investigare. Obstacolele cele mai relevante s-au dovedit a fi scalele de apreciere și evitarea erorilor sistematice. Stresul poate avea un impact nefavorabil asupra angajaților creând un angajament organizațional scăzut și insatisfacție la locul de muncă. Antoniou, Davidson și Cooper (2003) sunt de părere că atunci când sursele stresului cresc în mediul de lucru, satisfacția scade. Deci, satisfacția are un rol important în îmbunătățirea performanței la angajați. În consecință, dacă există discrepanțe în dorințele și expectanțele indivizilor și condițiile locului de muncă curent apar gânduri negative și insatisfacție.

Literatura dedicată stresului s-a concentrat în mod special pe efectele negative ale acestui fenomen. Ar trebui subliniat faptul că un anumit nivel de stres s-a dovedit a fi benefic angajaților (Latack, 1989; Quick & Quick, 1984). Până la un anumit punct, stresul poate fi



pozitiv deoarece joacă rol de excitant și motivator. În mod similar, în contextul organizațional, Hall (1976) a confirmat importanța impunerii deliberată a unei trepte de stres, precum provocarea timpurie la locul de muncă. Quick et. al (1997) au definit asta ca eustres, deoarece reprezintă rezultatele sănătoase, pozitive și constructive ale răspunsului individului la stres. Contrar termenului eustres, distres reprezintă rezultatul nesănătos, negativ și distructiv al răspunsului la stres. Astfel, scopul este de a nu elimina tot stresul. Totuși, scopul cercetărilor recente și preocuparea managerială sunt bazate pe aspectele problematice ale stresului – costurile stresului care cresc când stresul este prea mare sau continuă pentru o perioadă prelungită de timp. Prin urmare, în timp ce unele aspecte pozitive ale stresului sunt bine cunoscute, este important să identificăm sursele și moderatorii stresului ocupațional.

În ciuda relevanței crescute a performanței individuale și a folosirii largi a termenului ca rezultat al muncii în cercetările empirice, s-au depus eforturi minime în clarificarea și găsirea unui concept care să clarifice și să explice acest fenomen. Totuși, în ultimii 15-20 de ani, am asistat la un interes crescut în dezvoltarea unei definiții a performanței.

Autorii de specialitate au fost de acord să se facă o diferențiere clară între aspectul de acțiune (de exemplu, un comportament) și aspectul de rezultat al performanței (Campbell, 1990; Campbell, McCloy și Sager, 1993; Roe, 1999). Aspectul de comportament se referă la ceea ce poate face, concret, un angajat la locul de muncă. Include comportamente precum asamblarea unor componente, vânzarea unor obiecte sau chiar acțiunea medicilor de a opera. Nu orice comportament este inclus în conceptul de performanță, ci doar comportamentele care sunt relevante pentru atingerea scopurilor organizației. Astfel, performanța nu este definită de acțiunea în sine, ci de procesul de evaluare și judecată. (Motowidlo, Borman și Schmit, 1997). Mai mult, doar acțiunile care pot fi măsurate sunt considerate a fi parte a performanței. Fiind o problemă de actualitate și mare interes pentru organizații, aprecierea performanțelor a dezvoltat un număr mare de cercetări și noi direcții de investigare. Obstacolele cele mai relevante s-au dovedit a fi scalele de apreciere și evitarea erorilor sistematice. Un rol important în acest proces este jucat de evaluator. Acesta trebuie să înțeleagă acest proces în profunzime și să poată defini și standardiza etaloanele de performanță. Din aceasta cauză, în momentul în care construim un sistem de evaluare trebuie să luăm în calcul includerea evaluatorului în echipa care proiectează acel sistem care urmează a fi folosit. În momentul în care vorbim despre instruirea evaluatorului trebuie să luăm în calcul cunoașterea și evitarea unor erori care pot interveni, precum erorile sistematice de notare, toate acestea având scopul de a crește doza de obiectivitate a notărilor. Cu cât un sistem de evaluare este mai transparent, cu atât este mai ușor acceptat de către cei evaluați.

Termenul de satisfacție în muncă a fost introdus relativ târziu în literatura de specialitate de către Organ și Bateman (1986), înainte de asta fiind folosit termenul de "moral", împrumutat din domeniul militar. Se face o

analogie între moralul crescut sau scăzut al soldaților pe câmpul de luptă și moralul scăzut sau crescut al angajaților la locul de muncă. În anii '70, '80 apare o altă schimbare în domeniul satisfacției în muncă. Se explică faptul că atitudinile conțineau și aspecte comportamentale, cognitive și afective și de aceea se pune un nou accent pe aspectele afective, care devin astfel specifice satisfacției. Llorente (2005) studiază relația dintre caracteristicile locului de muncă și nivelul de satisfacție subiectiv al muncitorilor. Altfel spus, cercetează dacă satisfacția reflectă caracteristicile locului de muncă și mai mult, dacă aceasta poate fi folosită ca indicator al calității muncii. Acesta a ajuns la două concluzii: (1) satisfacția la locul de muncă nu are nicio legătură aparent relevantă cu alți indicatori ai calității muncii, ceea ce face acest indicator puțin indicat în evaluarea calității muncii; (2) a doua concluzie este legată puternic de non-existența unei relații între obiectivele calității muncii și nivelurile de satisfacție și derivă din reflecția cauzelor care ar putea explica acest rezultat.

## 2. SCOP ȘI OBIECTIVE

**Scop:** Lucrarea de față își propune identificarea relației/asocierii dintre stresul perceput, performanța evaluată și dimensiunile satisfacției profesionale ale angajaților unei organizații cu profil transporturi din România.

### Obiective operaționale:

- O1. Surprinderea/identificarea/ diagnoza relației/asocierii semnificative dintre stresul perceput și performanța la locul de muncă.
- O2. Surprinderea/ identificarea/ diagnoza relației/asocierii semnificative dintre stresul perceput și satisfacție.
- O3. Surprinderea/ identificarea/ diagnoza relației/asocierii semnificative dintre satisfacție și performanță.
- O4. Surprinderea/ identificarea/ diagnoza relației/asocierii semnificative dintre sexul subiecților și stres, performanță și satisfacție.
- O5. Surprinderea/ identificarea/ diagnoza relației/asocierii semnificative dintre studii și stres, performanță și satisfacție.

### Întrebări de cercetare:

- Întrebare de cercetare 1:* există o asociere semnificativă între stres și performanță?
- Întrebare de cercetare 2:* există o asociere semnificativă între stres și satisfacție?
- Întrebare de cercetare 3:* există o asociere semnificativă între satisfacție și performanță?
- Întrebare de cercetare 4:* există diferențe în relația stres – performanță - satisfacție din perspectiva studiilor absolvite de către fiecare angajat?
- Întrebare de cercetare 5:* există diferențe semnificative în relația stres – performanță- satisfacție din perspectiva sexului angajaților (feminin - masculin)?
- Întrebare de cercetare 6:* există o asociere semnificativă între stres, performanță și dimensiunea satisfacției remunerare și promovare?
- Întrebare de cercetare 7:* există o asociere semnificativă între stres, performanță și dimensiunea satisfacției conducere și relații interpersonale?



**Întrebare de cercetare 8:** există o asociere semnificativă între stres, performanță și dimensiunea satisfacției organizare și comunicare?

### 3. METODOLOGIA CERCETĂRII

Scopul acestui studiu este să evidențieze legătura dintre stresul ocupațional-performanța și satisfacția la locul de muncă. Acest capitol furnizează o descriere a metodelor care implementează acest studiu: descrierea instrumentelor de lucru, de colectare a datelor, participării la studiu, procedura de colectare a datelor și metodele de analiză.

**Participanți:** La acest studiu au participat angajații unei organizații din România. Organizația este specializată în oferirea de servicii publice în domeniul transporturilor și are un număr de aproximativ 1000 de angajați. Eligibilitatea angajaților de a participa la studiu ca și subiecți a fost determinată utilizând următoarele criterii: (1) să fie angajații acestei organizații; (2) să aibă minimum 18 ani; (3) să participe voluntar în urma semnării consimțământului informat; (4) abilitatea de a comunica (verbal și scris) în limba română. Participarea la studiu a fost voluntară, participanții având posibilitatea să se retragă în orice moment fără consecințe. Li s-a asigurat totodată confidențialitatea datelor furnizate. Lotul de subiecți a fost format din 54 persoane cu vârsta cuprinsă între 32 și 59 ani, 22 de sex masculin și 32 de sex feminin.

#### Instrumente

Colectarea datelor s-a realizat prin intermediul Chestionarului "Satisfacție în muncă" (Ticu Constantin, 2004), Scala de Stres Perceput, autoevaluarea stresului folosind Scala Likert (1 Niciodată – 5 foarte des), iar performanța a fost măsurată pe Scala Likert (1-5) în funcție de rezultatele fișelor individuale de performanță din cadru organizației.

#### Procedura de lucru

Angajați din toate categoriile de personal au luat parte la acest studiu. Au fost împărțite aproximativ 100 de chestionare (folosindu-se selecția aleatorie a subiecților din 10 în 10 din totalul de aproximativ 1000 de angajați) dintre care 66 au fost returnate, 54 considerate valide pentru introducerea în studiu, datele colectate urmând să fie analizate și interpretate statistic. Cei 54 de angajați au completat chestionarele în totalitate. Participanții studiului au fost voluntari și au avut posibilitatea să se retragă din studiu în orice moment.

### 4. REZULTATE

S-a testat asocierea dintre stresul perceput și performanță pentru un număr de 54 de subiecți.

Rezultatele au fost următoarele: s-a demonstrat o asociere slab negativă, nesemnificativă între stresul perceput de către angajați și performanța de la locul de muncă (coeficient Spearman de -0.119), ceea ce înseamnă că legătura dintre cele două variabile nu este puternică.

Consultând literatura de specialitate putem sublinia faptul că stresul este un factor ce are ca rezultat un individ dezorganizat, iar expunerea prelungită poate duce la performanțe scăzute. Cu toate acestea nu trebuie să ignorăm o serie de factori care trebuie luați

în considerare când vorbim despre relația stres ocupațional – performanță: caracteristicile activităților efectuate de angajat (complexitate, dificultate, urgență). Se întâmplă ca în cazul unei situații de mare complexitate, performanța să fie influențată în mod negativ de nivelul stresului, în schimb, în cazul unei activități ușoare, repetitive stresul să fie un factor pozitiv în atingerea performanței.

S-a testat asocierea dintre stresul perceput de către angajați și satisfacția resimțită de aceștia la locul de muncă pe un număr de 54 de subiecți. Rezultatele sunt următoarele: s-a demonstrat o asociere semnificativă (puternic) negativă reprezentată de coeficientul Spearman de -0.58, ceea ce înseamnă că legătura dintre cele două variabile este foarte puternică, mai exact, dacă una din variabile crește, atunci cealaltă scade.

Conform unor studii efectuate de Johnson (2005), angajații care experimentează un nivel scăzut de stres ocupațional resimt un grad mai ridicat de satisfacție la locul de muncă. Cu cât atmosfera de la locul de muncă este una mai relaxată, caracteristicile locului de muncă sunt reflectate de satisfacție, relațiile cu alți angajați sunt cordiale, cu atât influența stresului este mai mică, iar nivelul satisfacției crește.

S-a testat asocierea dintre satisfacția resimțită la locul de muncă și performanța înregistrată de cei 54 de participanți. Rezultatele sunt următoarele: s-a demonstrat o asociere semnificativă pozitivă reprezentată de coeficientul Spearman de 0.252, ceea ce înseamnă că cele două variabile au o legătură semnificativă, se influențează una pe cealaltă.

Bowling (2007) începe un studiu prin care vrea să demonstreze falsă relație dintre satisfacția la locul de muncă și performanță. Rezultatele acestui studiu arată o dovadă puternică a faptului că relația satisfacție – performanță este una pusă sub semnul întrebării. Această descoperire ajută la rezolvarea unui aspect teoretic și practic din psihologia muncii și organizațională.

Aplicând testul Kruskal – Wallis, grupând variabilele în funcție de studii am obținut următoarele rezultate: Studiile universitare influențează semnificativ mai mult performanța obținută de angajați la locul de muncă decât studiile liceale (pentru o medie a rangurilor de 23.57 respectiv 31.43 la un prag de semnificație  $p=0.037$  și  $\chi^2=4.339$ ).

Aplicând testul Kruskal Wallis, grupând variabilele în funcție de studii am obținut următoarele rezultate: Studiile nu influențează semnificativ satisfacția obținută de angajați la locul de muncă (pentru o medie a rangurilor de 26.59 respectiv 28.41 la un prag de semnificație  $p=0.672$  și  $\chi^2=0.180$ ).

Aplicând testul Kruskal Wallis grupand variabilele in functie de studii am obtinut urmatoarele rezultate: Studiile nu influenteaza semnificativ stresul (pentru o medie a rangurilor de 28.39 respectiv 26.61 la un prag de semnificație  $p=0.665$  și  $\chi^2=0.188$ ).

Aplicând testul Kruskal Wallis, grupând variabilele în funcție de sex am obținut următoarele rezultate: nu există diferențe semnificative între sexe în ceea ce privește performanța la locul de muncă (pentru o medie



a rangurilor de 25.20 respectiv 30.84 la un prag de semnificație  $p = 0.142$  și  $\chi^2 = 2.160$ ).

Aplicând testul Kruskal Wallis, grupând variabilele în funcție de sex am obținut următoarele rezultate: există diferențe semnificative între sexe în ceea ce privește satisfacția la locul de muncă (pentru o medie a rangurilor de 23.20 respectiv 33.75 la un prag de semnificație  $p = .015$  și  $\chi^2 = 5.862$ ).

Aplicând testul Kruskal Wallis, grupând variabilele în funcție de sex am obținut următoarele rezultate: nu există diferențe semnificative între sexe în ceea ce privește stresul perceput și satisfacția la locul de muncă (pentru o medie a rangurilor de 30.47 respectiv 23.18 la un prag de semnificație  $p = .081$  și  $\chi^2 = 3.044$ ).

## 5. CONCLUZII

Scopul general al acestui studiu este să analizeze și să scoată în evidență aspectele cele mai relevante ale relației dintre stresul ocupațional – performanța – și satisfacția la locul de muncă ale angajaților dintr-o organizație cu profil transporturi, din România.

În urma întrebărilor de cercetare formulate au rezultat următoarele:

- a. stresul perceput și performanța angajaților au o relație slab negativă, ceea ce înseamnă că legătura dintre cele două variabile nu este puternică
- b. stresul perceput de către angajați și satisfacția au o legătură puternic negativă, ceea ce înseamnă că legătura dintre cele două variabile este foarte puternică, mai exact, dacă una din variabile crește, atunci cealaltă scade. variabile crește, atunci cealaltă scade.
- c. satisfacția resimțită la locul de muncă și performanța înregistrată de angajați sunt asociate semnificativ pozitiv, ceea ce înseamnă că cele două variabile au o legătură semnificativă, se influențează una pe cealaltă.
- d. studiile universitare influențează semnificativ mai mult performanța obținută de angajați la locul de muncă decât studiile liceale; studiile nu influențează satisfacția obținută de angajați la locul de muncă, studiile nu influențează stresul obținut de angajați la locul de muncă.
- e. nu există diferențe semnificative între sexe în ceea ce privește performanța la locul de muncă; există diferențe semnificative între sexe în ceea ce privește satisfacția la locul de muncă; nu există diferențe semnificative între sexe în ceea ce privește stresul perceput și satisfacția la locul de muncă.

## 6. BIBLIOGRAFIE

Antoniou, A., Davidson, M.J., Cooper, C.L., (2003), Occupational stress, job satisfaction and health state in male and female junior hospital doctors in Greece, *Journal of Managerial Psychology*, 18 (6), 592 – 621.

Avolio, B., Waldman, D., A., (1990), Age and work performance in Nonmanagerial jobs: The effect of experience and occupational type, *The Academy of Management Journal*, 33 (2), 407 – 422.

Bateman, T., Rogan, D., (1983), Job satisfaction and the good soldier: the relationship between affect and employee "citizenship", *The Academy of Management Journal*, 26 (4), 587 – 595.

Beehr, T. A. (1998), Research on Occupational Stress: An Unfinished Enterprise, *Journal of Personnel Psychology*, 51(5): 835-844.)

Belkić, K. B., Schnall, P., Savic, c., & Landsbergis, P. A. (2000). The workplace and CV health: conclusions and thoughts for a future agenda. *Occupational Medicine: State of the Art Reviews*, 15(1), 307-322.

Bowling, N., (2007), Is the job satisfaction-job performance relationship spurious? A meta-analytic examination, *Department of Psychology, Wright State University*, 3640 Colonel Glenn Highway, Daytona.

Cameron, K., (1986), Effectiveness as paradox: Consensus and Conflict in Conceptions of Organizational Effectiveness, *Management Science*, 32 (5), 539 – 553.

Campbell, J.P, Mc Henry, Wise, L., (2006), Modeling Job Performance in a Population of Job, *Personnel Psychology*, 43 (2), 313-575. 49.

Campbell, L.P. (Ed); Knapp, Deirdre J. (Ed), (2001). *Exploring the limits in personnel selection and classification*, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Cooper, (2007), Predictors of Work Performance Among Higher Education Employees: An Examination Using the ASSET Model of Stress, *International Journal of stress management*, vol. 14, no. 2, 199- 210.

Cooper, C. L. (1983). Identifying stressors at work: Recent research Developments, *Journal of Psychosomatic Research*, 27(5), 369-376.

Cooper, C. L., & Cartwright, S. (1997). An intervention strategy for workplace Stress, *Journal of Psychosomatic Research*, 43(1), 7-16.

Cooper, C. L., Dewe, P. J., & O'Driscoll, M. P. (2001). The Impact of Environmental Stressors and Types of Work Contract on Occupational Stress, *The Spanish Journal of Psychology* 14.1, 251-262.

Connolly, T., Conlon, E., Deutsch, S., (1980), Organizational Effectiveness: A Multiple – Constituency Approach, *The Academy of Management Review*, 5 (2), 211 – 217.

Cox, T., (1978), *Stress*. London: MacMillan.

Danna, K., & Griffin, R. W. (1999). Health and well-being in the workplace: A review and synthesis of the literature, *Journal of Management*, 3, 357-384.

Davidson, M. J., & Cooper, C. L. (1986). Executive women under pressure, *International Review of Applied Psychology*, 35(3), 301-326.

Denison, D.R., Spreitzer, G.M., (1991), Organizational Culture and Organizational Development: A Competing Values Approach, *Journal of Organizational Change and Development*, 5, 1-21.

Donald, I., Taylor, P., Hohnson, S., Cooper, C., Cartwright, S., & Robertson, S. (2005). Work environments, Stress, and Productivity: An examination using ASSET. *International Journal of Stress Management*, 12, 409-423. 50

Elmuti, Dean; Kathawala, Yunus; Wayland, Robert.(1993). *Journal of Business and Entrepreneurship*. 5.2.

Fry, P.S. (1995). Perfectionism, humor, and optimism as moderators of health outcomes and determinants of coping styles of women executives. *Genetics, Social, and General Psychology Monographs*, 121, 211-245.



- Hockey, R., (1983), *Stress and Fatigue in Human Performance*, Publisher: John Wiley & Sons; 1 edition.
- Ivancevich, J. M., & Matterson, M. T. (1988). Type A behaviour and the healthy Individual, *British Journal of Medical Psychology*, 61(1), 37-56.
- Ivancevich, J. M., Matterson, M. T., Freedman, S. M., & Phillips, J. S. (1980). Worksite stress management interventions. *American Psychologist*, 45, 252-261.
- Jamal, M., & Baba, V. V. (1992). Stressful jobs and employee productivity: Results from studies on managers, blue-collar workers and nurses. *International Journal of Management*, 9, 6-67.
- Jamal, M., Baba, V., (2001), Type-A Behavior, Job Performance, and Well-Being in College Teachers, *International Journal of Stress Management*, 8 (3), 231-240.
- Jex, S., Crossley, C., (2005), *Handbook of Work Stress*, NY: SAGE Publications.
- Johns, G., (1998), *Comportament organizational*, Bucuresti: Editura Economica.
- Kanfer, Ruth; Ackerman, Phillip L. (1989), Motivation and cognitive abilities: An integrative/aptitude-treatment interaction approach to skill acquisition, *Journal of Applied Psychology*, 74(4), 657-690.
- Kluger, Avraham N.; DeNisi, Angelo, (1996), The effects of feedback interventions on performance: A historical review, a meta-analysis, and a preliminary feedback intervention theory, *Psychological Bulletin*, 119 (2), 254-284. 51
- Latack, J. C. (1986), Coping with job stress: Measures and future directions for scale development, *Journal of Applied Psychology*, 71, 377-385.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill.
- Llorente, R., Macias, E., F., (2005), Job satisfaction as an indicator of the quality of work, *The Journal of Socio-Economics*, 34, 656-673.
- Mansfiend, E., (2001), The Study of Interdependence and Conflict Recent Advances, Open Questions, and Directions for Future Research, *Department of Political Science*, University of Pennsylvania
- Maslach C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Maslach C. (2003). Job Burnout: New directions in research and intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 12(5), 189-192.
- Pitariu, H., (2003), *Proiectarea fiselor de post, Evaluarea posturilor de munca si a personalului: ghid practic pentru manageri*, Bucuresti: Editura Irecon.
- Pitariu, H., (2002), *Evaluarea performantelor profesionale*, Bucuresti, Editura Economica.
- Quick, Nelson, Quick, J. C., Quick, J. D., Nelson, D. L., & Hurrell, J.J. Jr. (1997). *Preventive stress management in organizations*. Washington DC: American Psychological Association.
- Quinones, M., Ford, K., Teachout, M., (2006), The Relationship Between Work Experience and Job Performance: A Conceptual and Meta-Analytic Review, *Personnel Psychology*, 48 (4), 887 - 910.
- Sapolsky, R.M. (1998). *Why Zebras Don't Get Ulcers*, New York: W.H. Freeman and Company. 52
- Scharlach, A. E., & Fredriksen, K. I. (1994). Elder care versus adult care: Does care recipient age make a difference? *Research on Aging*, 16(1), 43-68.
- Tubre, T., Collins, J., (1985), A Meta-Analysis of the Relationships Between Role Ambiguity, Role Conflict, and Job Performance, *International Journal of Stress Management*.
- Van Scotter, J., Motowidlo, S.J., Cross, T.C, (2000), Effects of task performance and contextual performance on systemic rewards, *Journal of Applied Psychology*, 85(4), 526-535.
- Yuchatman, E., Seashore, S., (1967), A system Resource Approach to Organizational Effectiveness, *American Sociological Review*, 32 (6), 891 - 903.
- Zlate, M., (2007), *Tratat de psihologie organizational - manageriala, volumul II*, Iasi: Polirom.



# ROLUL DOMINANTELOR INTERPERSONALE ALE PERSONALITĂȚII ÎN SELECȚIA MANAGERILOR PUBLICI

DAN FLORIN STĂNESCU, CĂTĂLINA ANDRA ROȘCA

Școala Națională de Studii Politice și Administrative, București, dan.stanescu@comunicare.ro  
Universitatea din București, București, catalina\_rosca@yahoo.com

**ABSTRACT:** This research aims to approach a contemporary issue in the field of human resources, namely the selection process for managers. Main objective was to identify the role and importance of the interpersonal personality's features in the process of selecting the managers, with emphasis on the public managers. Public managers are young graduates who have undergone an accelerated development programme preparing them for careers at the highest levels of the Civil Service. The selection process is based on a methodology specific to the complexity of the position. In this respect, the contextual tests are preferred, as they assess the personality features during the activity – a particular activity that includes a familiar set of rules, well-defined tasks, stages and methods, as well as set objectives. The research is the more important as studies on the subject are almost inexistent and it focuses on a group of people who are trained to become policy advisers, project leaders, experts, liaison and many other positions they might have at a certain moment.

**Key words:** public manager, civil service, interpersonal personality, selection.

## 1. INTRODUCERE

Administrația publică în România este privită ca o instituție greoaie, inerțioasă, excesiv de birocratizată, cu care comunitatea se intersectează des și care generează, de cele mai multe ori, nemulțumiri din partea cetățenilor. Începută cu mai mulți ani în urmă, reforma administrației publice, a făcut serioși pași înainte sub aspectul raționalizării timpului cetățeanului, a informatizării serviciilor oferite, a simplificării procedurilor, dar persistă încă o mentalitate învechită a funcționarului public, mentalitate bine înrădăcinată și care se schimbă greu. Inerția persistentă a administrației publice nu se poate combate decât prin aducerea în sistem a unei mase critice de tineri bine selecționați, formați într-o nouă mentalitate și care, printr-un proces de inducție bine instrumentat să devină factori coagulanți de promovare a unei noi culturi organizaționale, bazată pe competență, pe merit și realizări.

Scopul principal al Schemei Tinerilor Profesioniști (Young Professionals Scheme), Proiect PHARE, ajuns anul acesta la a IV-a ediție, constă în sprijinirea reformei administrației publice din România prin întărirea capacității funcției publice, sprijinirea procesului de elaborare de politici și îndeplinirea cerințelor impuse de aderarea la UE. Schema Tinerilor Profesioniști dorește consolidarea și modernizarea funcției publice din România. Cu alte cuvinte, „proiectul pregătește un nucleu de lideri ai unei noi generații în cadrul funcției publice, un corp de manageri și profesioniști în administrația publică, care să fie echidistanți politic și formați profesional în spiritul valorilor și principiilor moderne ale managementului sectorului public din Uniunea Europeană” (Stănescu și Roșca, 2009, p.101). Pe scurt, scopul YPS este să găsească, pregătească și păstreze pe cei mai buni candidați ce prezintă interes față de administrația publică.

Astfel, putem afirma că principala realizare a proiectului YPS este crearea unui corp de *manageri*

*publici*, capabili să sprijine modernizarea administrației publice, printr-o nouă viziune stimulată și dezvoltată în cadrul formării, activităților, studiului și experienței practice corespunzătoare atât în România, cât și în Statele Membre al Uniunii Europene. Intenția este de asemenea ca, prin intermediul unui mecanism de promovare rapidă în carieră, bazată pe merit și realizări, aceștia să avanseze mai repede spre nivelele superioare ale administrației publice, putând astfel influența procesul de elaborare și luare a deciziilor.

Managerul public este noul model de funcționar public, un adevărat agent al schimbării, menit să introducă o nouă mentalitate în administrația publică românească, în vederea armonizării acestora cu standardele Uniunii Europene. Managerul public reprezintă o categorie aparte de funcționar public care contribuie la asigurarea eficienței și continuității reformei în administrația publică - de la nivelurile strategice la cele operaționale, în cadrul autorității sau instituției publice în care își desfășoară activitatea. Managerul public conduce, coordonează sau asistă coordonarea unor activități care, prin natura lor, necesită o perspectivă generală și un nivel de expertiză specifice față de cele avute de celelalte categorii de funcționari publici.

Obiectivul principal al acestei cercetări a constat în identificarea rolului și importanței dominantelor interpersonale ale personalității în procesul de selecție a managerilor în general, cu referire concretă asupra managerilor publici. Făcând parte dintr-o echipă care a participat la implementarea Proiectului Phare Young Professionals Scheme, fiind puși în fața unei avalanșe de candidați, ne-am pus problema elaborării unei strategii de selecție, care să cuprindă instrumente mai sensibile și mai bine ancorate în realitatea postului pe care îl va ocupa viitorul manager public. Prima parte a selecției a fost tratată într-un alt articol (Stănescu și Roșca, 2009). A doua parte, referitoare la diagnoza dominantelor interpersonale ale personalității candidaților face obiectul prezentei cercetări.



## 2. CONSIDERAȚII TEORETICE

Calitățile ideale ale unui manager public au fost stabilite încă din 2004 prin elaborarea unui cadru de competențe (figura nr. 1) care descrie principalele calități, competențe și abilități pe care un manager public modern ar trebui să le dețină și să le pună obiectiveze în comportamentul profesional.

Conform autorilor (Thompson și Farla, 2008), profilul psihologic ideal al managerului public este axat pe următoarele dominante: agent al schimbării; orientat către rezultate prin planificare și prioritizare; orientat către identificarea și implementarea de soluții;

personalitate adaptativă, proactivă și responsabilă, creativă și inovativă; disponibil spre auto perfecționare; gândire critică și analitică; capacitate de evaluare a riscurilor; capacitate de a stabili relații profesionale eficiente; abilități de comunicare, inclusiv mediere și negociere; capacitate de lucru eficient în echipe; abilități de leadership.

Din analiza profilului psihologic ideal și a competențelor managerului public se observă importanța abilităților interpersonale, de relaționare, de interacțiune și influențare socială.

COMPETENȚĂ GENERALĂ	"SUB-COMPETENȚĂ"	COMPETENȚĂ SPECIFICĂ	DESCRIERE
Abilități de lucru: motivare și angajament	Orientare către rezultate	Planificarea și prioritizarea activităților	Planifică activitățile profesionale, analizează și prioritizează în funcție de necesități pentru a respecta termenele și a răspunde așteptărilor clienților, își asumă răspunderea personală pentru atingerea scopurilor și obiectivelor și inițiază acțiuni corective atunci când progresele sunt limitate sau inexistente. Acceptă răspunderea pentru eșecuri (și învață din acestea) și pentru succese.
		Atitudinea proactivă în rezolvarea problemelor	Este proactiv și își folosește inițiativa atunci când apar probleme sau nu se înregistrează progrese. Este implicat și îi încurajează pe ceilalți când este necesar.
		Determinare	Arată determinare, răbdare și tărie morală în condiții de presiune și nu permite ca eșecurile să-i afecteze performanțele sau relațiile cu ceilalți.
		Responsabilitate	Demonstrează răspundere pentru acțiuni și rezultate.
	Învățare și dezvoltare personală	Învățare continuă	Recunoaște nevoia de învățare proprie și caută noi abilități, cunoștințe și oportunități de învățare. Reflectează asupra propriilor experiențe și învață din acestea, dar și din experiențele altora.
		Adaptabilitate	Se adaptează rapid și cu succes la situații, solicitări sau oameni noi, operează eficient într-o varietate de roluri și contexte, inclusiv în momente sau situații de incertitudine.
Capacitate intelectuală	Abilități decizionale	Gândire critică și analitică	Analizează informațiile rapid, complet și eficace pentru a avea o bază obiectivă solidă pentru luarea deciziilor, elaborarea propunerilor și recomandărilor.
		Luarea și implementare deciziilor	Acceptă responsabilitatea pentru luarea deciziilor pe baza celor mai bune informații obiective disponibile. Ia și implementează deciziile cu promptitudine.
		Asumarea unui risc calculat	Are încredere în sine și acceptă riscuri calculate.
	Gândire constructivă	Gândire creativă	Este creativ și are imaginație, dar în același timp se concentrează asupra scopului, înțelege imaginea de ansamblu și observă legăturile dintre diferite elemente.
		Identificarea unor soluții inovatoare	Dovedește deschidere și agilitate, are curiozitatea intelectuală de a găsi idei inovatoare și de a dezvolta soluții practice pornind de la acestea.
Abilități inter-personale	Dezvoltarea unor relații productive	Crearea relațiilor	Folosește abilitățile de comunicare pentru a construi relații cu ceilalți; arată integritate în relațiile profesionale; creează alianțe atunci când este cazul, pentru a facilita atingerea obiectivelor.
		Atingerea scopurilor în comun	Înțelege motivele preocupărilor și situațiile în care se găsesc ceilalți și îi încurajează și îi sprijină în atingerea obiectivelor. Acceptă diversitatea și încearcă să-i convingă pe
	Comunicare eficace	Comunicare	Comunică clar și convingător, atât verbal cât și în scris, își exprimă propria opinie coerent și succint, și o susține cu argumente adecvate.
		Influențare, negociere și mediere	Este participant activ la discuții; influențează prin prezentarea unor argumente convingătoare și negociază rezolvarea conflictelor între două părți pentru atingerea obiectivelor, fără a-i îndepărta pe ceilalți.
	Managementul resurselor umane	Abilități de formator	Este capabil să transfere propriile cunoștințe în funcție de nevoile reale ale celorlalți.
	Spirit de echipă	Capacitatea de a contribui într-o echipă	Poate lucra eficient și obiectiv într-o echipă, în afara structurii ierarhice obișnuite, fie în calitate de membru, fie în calitate de membru al echipei. Contribuie la realizarea obiectivelor echipei cu propriile abilități personale și profesionale. Îi încurajează pe ceilalți membri ai echipei să-și maximizeze contribuția.
Atitudinea față de schimbare	Agent al schimbării	Promovarea schimbării și înclinația naturală către schimbare	Are o privire analitică asupra proceselor de muncă și politicilor publice, pune la îndoială cu consecvență starea de fapt și recomandă și implementează schimbările necesare pentru creșterea eficacității organizaționale.

Fig.1 Cadrul de competențe pentru manageri publici (Thompson și Farla, 2008)



El poate coordona o echipă dar, în același timp, poate face parte din alta, la nivel executiv, este trainer, exercitându-și abilitățile de formator și, în paralel, se documentează pentru a realiza împreună cu alții, un proiect cu finanțare europeană etc. Există așadar, o varietate de roluri sociale pe care le joacă managerul public. Numitorul comun constă în faptul că el întotdeauna va face parte dintr-o echipă.

În cazul managerilor publici, sarcinile cărora aceștia trebuie să le facă față, presupun schimbarea frecventă a echipelor din care fac parte. Așa cum spuneam, managerul public se poate afla, în același timp, în componența mai multor echipe, îndeplinind sarcini și roluri diferite. El trebuie să se adapteze eficient atât sarcinilor echipei, cât și climatului psiho-social rezultat din interacțiunea cu membrii aceleiași echipe. Dacă îndeplinirea sarcinilor poartă asupra gradului de expertiză a managerului public, adaptarea și integrarea în echipă este un fenomen psiho-social mult mai nuanțat.

Interacțiunea psiho-socială presupune reliefaarea unor trăsături de personalitate specifice spațiului interpersonal (Bales, 1950). Toate fenomenele de grup sunt influențate de structura personalității interpersonale, începând cu învățarea socială (Mureșan, 1980) și trecând prin mediarea conflictelor (Armstrong, 2003) sau conformarea la norme (Johns, 1998).

Bales (1970), abordează studiul dimensiunilor interpersonale ale personalității prin analiza modului de manifestare și a tendințelor de realizare și orientare a personalității în spațiul relațiilor interpersonale. Compozit al dimensiunilor interpersonale ale personalității, personalitatea interpersonală, reprezintă personalitatea individului așa cum este ea văzută de ceilalți membri ai grupului, așa cum se prezintă ea în funcție de natura și structura acesteia, de statutele și rolurile membrilor, de interacțiunile care au loc între participanți. Aceste dimensiuni ale personalității se constituie ca un rezultat al acțiunii și interacțiunii indivizilor în cadrul grupului. Tehnica elaborată de Bales (1970) pentru determinarea tipului de personalitate interpersonală, tehnică utilizată și noi în cercetarea de față, pornește de la analiza diferitelor tipuri de grupuri sociale, constatând că personalitatea umană se specializează în raporturile interpersonale pe direcția diferitelor seturi comportamentale distribuite diferențiat în spațiul interpersonal.

Tendința de realizare a personalității în raporturile interpersonale derivă din analiza factorială a acesteia și este construită pe un model tridimensional ce cuprinde șase tendințe opuse, două câte două:

- Axa *superioară* – *inferioară* corespunzătoare a două tendințe: U (upward) – tendința spre dominare; D (downward) – tendința spre supunere și acceptare a dominării.
- Axa *pozitivă* – *negativă* corespunde tendințelor: P (positive) – tendința spre socializare; N (negative) – tendința spre individualism și izolare.
- Axa *anterioară* – *posterioară* corespunzătoare tendințelor: F (forward) – tendința spre conservatorism; B (backward) – tendința spre radicalism.

Fiecare tip de personalitate apare altfel din punct de vedere formal, într-un spațiu tridimensional, jalonat de

cele trei axe, fie ca expresie unică a unei dominante factoriale (ex.: tipul U – orientat spre succes material și putere, tipul B – orientat spre respingerea convingerilor conservatoare din grup, tipul P – orientat spre egalitarism, etc.), fie ca expresie sintetică a două sau trei dominante (tipul UPB – orientat spre sprijin emoțional și entuziasm, tipul PB – orientat spre liberalism permisiv, tipul DPB – orientat spre identificarea cu cei neprivilegiați). Din combinația acestor șase dominante interpersonale, Bales (1970) descrie douăzeci și șapte de tipuri de personalitate, împreună cu rolurile de grup corespunzătoare.

Un profil ideal al managerului public, din perspectiva dominantelor interpersonale ale personalității ar trebui să cuprindă:

U – tendința spre dominare – având în fișa postului atribuții de conducere el trebuie să se dovedească orientat spre putere, responsabilizare și control al activității celorlalți. Însă, un punctaj prea mare la această tendință îl îndepărtează de tipul de manager-lider imperios necesar într-o activitate performantă.

P – tendința spre socializare corespunde în foarte mare măsură fișei postului și competențelor specifice (relaționare, atingerea scopurilor în comun, comunicare, influențare, negociere și mediere). Această tendință se cere exprimată la un nivel superior.

F-B – tendința spre conservatorism/radicalism reprezintă punctul nodal al profilului ideal al managerului public. În cadrul competențelor se precizează că managerul public este un factor al schimbării, în principal al vechilor metehne pe care este centrat mentalul colectiv din administrația publică, dar el nu este izolat, nu poate impune un stil radical de muncă, ci face parte dintr-o organizație mare, cu proceduri, norme și tradiții foarte bine înrădăcinate. Din experiența ciclurilor anterioare ale proiectului (YPS1 și YPS2) s-a constatat că au avut succes tinerii manageri publici, care s-au adaptat, și-au găsit locul în vechea structură, după care prin perseverență au introdus proceduri noi, au propus noi acte normative și au încercat să schimbe „din mers” mentalitățile. Specialistul în resurse umane care face selecția va trebui să-și probeze capacitatea de a evalua nuanțat axa anterioară-posterioară. Sunt preferați candidații care prezintă un scor dual, împărțit atât către tendința F, cât și către tendința B, cu o diferență cât mai mică între ele. O tendință prea conservatoare nu va face decât să conducă decât la perpetuarea vechiului sistem, iar una prea radicală va sfârși prin eliminarea managerului public din sistem.

### 3. METODOLOGIA CERCETĂRII

#### 3.1 Obiective

Obiectivul principal al cercetării constă în identificarea modalităților de eficientizare a selecției managerilor publici:

a. Teoretice

- Studiul dominantelor interpersonale ale personalității managerilor publici și relevanța acestora în procesul de selecție;
- Elaborarea unui model ideal al managerului public din punct de vedere al structurii personalității interpersonale;



- Determinarea gradului de corespondență între autocunoaștere și cunoașterea dominantelor interpersonale ale personalității managerului public, ca factor principal de progres al performanței profesionale.

#### b. Practice

- Evaluarea comportamentului interpersonal și stabilirea gradului în care acesta influențează performanța muncii în echipă;
- Sensibilizarea candidaților asupra importanței procesului de autocunoaștere și cunoașterea celorlalți membri ai echipei, prin formarea grupului autoanalitic competent.

### 3.2 Ipotezele cercetării

Pornind de la obiectivele menționate ne-am axat cercetarea pe următoarele ipoteze:

1. Dacă dominantele interpersonale (dezirabile) ale personalității influențează comportamentul în echipă, atunci ne vom aștepta să existe o corelație semnificativă între valoarea acestora și performanța individuală.
2. Dacă există o relație deterministă între experiența muncii în echipă ca rezultat al învățării sociale și performanța în activitate, atunci stagiarilor vor obține scoruri mai ridicate în comparație cu bursierii.
3. Dacă autocunoașterea reprezintă un factor de progres determinant pentru succesul muncii în echipă, atunci ne vom aștepta să existe o corelație pozitivă semnificativă între gradul de autocunoaștere și performanțele obținute.

### 3.3 Metodele și instrumentele utilizate

Pentru atingerea obiectivelor și verificarea ipotezelor anterior formulate am utilizat următoarele metode și tehnici:

*Proba situațională* – a cuprins un exercițiu tematic asupra unui subiect de actualitate, un incident critic căruia o echipă de manageri publici trebuie să-i facă față. Tema 1 se referă la distrugererea unui pod comunal de către o viitură, iar Tema 2 presupune amenajarea unui teren de joacă pentru copiii comunei lipsiți de sprijin parental, părinții fiind plecați la muncă în străinătate. Specificul probelor situaționale constă în ancorarea cât mai accentuată a acestora în actualitate. Pe cât este posibil ele trebuie să permită confruntarea candidaților cu probleme reale ale managerilor publici. În perioada în care s-a desfășurat cercetarea empirică (iulie - septembrie 2008) ambele teme erau de actualitate. Inundațiile distruseseră drumuri și poduri comunale, iar exodul celor care căutau un loc de muncă în afara țării atinsese apogeul. Așa încât s-a respectat prima condiție a unei probe situaționale, aceea de a fi credibilă și de a motiva, pe cale de consecință candidații pentru a o trata cu responsabilitate. După prezentarea temei într-o manieră aproape jurnalistică, membrilor echipei li s-au trasat următoarele sarcini:

- Propuneți un set de măsuri de urgență pentru remedierea temporară a situației;
- Întocmiți un proiect cu șanse de eligibilitate, pentru atragerea de fonduri UE;
- Pentru a fi mai convingători în fața factorilor de decizie și pentru a putea explica anumite detalii, construiți din materialele care le aveți la dispoziție, o machetă (a podului sau a terenului de joacă, după caz).

Fiecare temă a fost însoțită de un plan cadastral de la nivelul unei comune, candidații probându-și în acest fel capacitatea de a „citi” și a analiza un astfel de document. Materialele care le aveau la dispoziție pentru confecționarea machetei au fost rechizite (foarfecă, creioane, gumă de șters, riglă, plastelină etc.), lucruri obișnuite (sfoară, pahare de plastic, chibrituri etc.) sau unelte comune (ciocan, patent, cutter etc.). Sala în care s-a desfășurat proba situațională a fost prevăzută cu un calculator cu acces la internet. Desfășurarea probei a fost înregistrată video pe tot parcursul acesteia. Evaluarea celor trei cerințe ale probei situaționale (măsuri de urgență, proiectul și macheta) s-a făcut pe baza unor bareme cât mai obiective, stabilite de o echipă de evaluatori cu experiență în domeniu (manageri publici, experți în proiecte europene, economiști). Aceștia au acordat o notă finală fiecărei echipe.

*Metoda observației* - Pentru a se putea evalua cu acuratețe interacțiunile care se conjugă la nivelul echipei s-a apelat la o metodă mai analitică, respectiv

*Categoriile Bales*. Rezultate în urma unei analize factoriale laborioase. Bales (1950) împarte interacțiunile dintre membri echipei în trei domenii, respectiv douăsprezece categorii:

- Domeniul socio-afectiv pozitiv (manifestarea solidarității, manifestarea destinderii, aprobare pasivă);
- Domeniul orientării în sarcină (aducerea sugestiilor, exprimarea unei opinii, aducerea de informații, solicitarea de informații, solicitarea unei opinii, solicitarea sugestiilor);
- Domeniul socio-afectiv negativ (dezaprobarea pasivă, manifestarea tensiunii, manifestarea antagonismului).

Pentru fiecare echipă s-a alcătuit o *Foaie de observație* în care psihologul a notat interacțiunile dintre membri echipei pe parcursul desfășurării probei situaționale pentru fiecare din cele 12 categorii.

*Grupul autoanalitic competent* - Față de Moreno care invita subiecții să fie spontani la completarea testului sociometric, Bales (1950) propune formarea și instruirea echipei, înainte de a trece la completarea chestionarului, așa numita metodă a grupului autoanalitic competent. El pretinde instruirea echipei în probleme privind personalitatea individului, influența grupului asupra personalității, comportamentul interpersonal, dominantele personalității interpersonale etc. Prin intermediul acestor teme se urmărește dezvoltarea capacității de observare, analiza interacțiunilor și autoanaliza comportamentului interpersonal.

Metoda grupului autoanalitic sensibilizează membri echipei asupra problemelor nuanțate ale interacțiunii în spațiul psihosocial al echipei, facilitându-le înțelegerea anumitor concepte și invitându-i să le folosească. Toate acestea se produc în cadrul unui training de aproximativ două ore susținut de un psiholog cu experiență. Tot cu acest prilej, candidaților li s-a făcut instructajul cu privire la completarea chestionarelor Bales.

*Chestionarul Bales* - pentru identificarea tipurilor stabilite, Bales propune un chestionar pentru evaluarea interpersonală în trei forme notate cu A, B și C. Forma A este de bază, iar formele B și C sunt destinate controlului, predicției și validării. Toate întrebările celor trei forme sunt aranjate într-o ordine identică, au o cheie



și o metodologie de corectare comune (Mureșan, 1980). Fiecare formă cuprinde douăzeci și șase de întrebări corespunzătoare celor douăzeci și șase de tipuri descrise.

Chestionarul poate fi autoaplicat sau aplicat pentru un alt membru al grupului. În cercetarea de față am optat atât pentru autoevaluare cât și pentru evaluarea comportamentului interpersonal al fiecărui membru al echipei, pe aceeași foaie de răspuns. După ce citește și înțelege întrebarea, subiectul are trei posibilități de răspuns „Da”, „Nu” și „?”. Semnul întrebării se pune numai în cazul în care subiectul nu poate formula un răspuns afirmativ sau negativ. Corectarea chestionarului se face cu ajutorul grilei și a procedurii de cotare (Mureșan, 1980, pp.120-122).

### 3.4 Participanți

Cercetarea a cuprins un număr de treizeci și cinci de subiecți, adică patru echipe a câte nouă membri. În cazul echipei 1 au rămas opt membri, deoarece subiectul B.C.I. a absentat la proba situațională.

Proiectul YPS 3 a inclus în procesul de selecție două categorii de candidați: stagiaři, tineri până la treizeci și cinci de ani și cu cel mult șapte ani vechime în administrația publică, absolvenți de învățământ superior și, bursieri, tineri până la treizeci și cinci de ani, absolvenți de învățământ superior și fără experiență în domeniul administrației publice.

*Tabelul 1. Distribuția subiecților pe echipe în funcție de gen și statut (stagiar/bursier)*

Echipa	Genul		Subiecți	
	M	F	Statut	
			Stagiaři	Bursieri
1	4	4	4	4
2	4	5	4	5
3	3	6	4	5
4	4	5	5	4
Total	15	20	17	18

## 4. PREZENTAREA ȘI INTERPRETAREA REZULTATELOR

Proba situațională s-a aplicat echipei într-o sală dotată cu calculator, acces la internet și materiale necesare pentru confecționarea machetei. Timpul pentru efectuarea sarcinilor a fost de două ore și jumătate. În ultima jumătate de oră, membri echipei au completat un chestionar Bales, forma A atât pentru sine (autoevaluare) cât și pentru fiecare dintre colegii lui, care au participat la proba situațională. Pe tot parcursul desfășurării ei, proba situațională a fost înregistrată video.

Datele raportate în continuare au următoarele semnificații:

- Autoevaluare: reprezintă ponderea a trei valori dominante și tipul Bales rezultate în urma autoadministrării chestionarului;
- Evaluarea echipei: reprezintă media valorii dominante și tipul Bales atribuite subiectului de către toți ceilalți membri ai echipei;
- Punctaj autoevaluare: reprezintă diferența dintre valorile dominante autoatribuite și valorile

dominantelor atribuite subiectului de către membri echipei ( un punctaj mare semnifică o bună autocunoaștere);

- Notă Bales: reprezintă concordanța valorilor dominante cu tipul ideal al personalității interpersonale a managerului public;

- Notă individuală: este calculată în funcție de aportul fiecărui subiect la realizarea sarcinilor echipei, pe baza fișei de observație (categoriile Bales) și analiza rezultatelor activității;

Pentru celelalte trei echipe s-a procedat identic, dar spațiul lucrării de față nu ne permite expunerea lor.

Analiza datelor obținute de subiecți, distribuiți în cele patru echipe, ne conduce la următoarele observații:

a. Distribuția subiecților pe tipuri Bales se face, de regulă, pe cele patru dominante (U, P, F și mai rar B) care compun profilul ideal al managerului public. Acest lucru se explică prin faptul că subiecții au fost selecționați anterior pe baza unui inventar de personalitate. În același timp se vede efectul formator al metodei grupului autoanalitic competent.

b. Selecționarea fondatorilor echipelor în funcție de performanța obținută la testele de inteligență nu au fost o idee prea fericită. Numai în cazul a două echipe aceștia au devenit lideri, în situația celorlalte echipe ei au fost înlocuiți. O idee mai viabilă ar fi fost aceea de a-i selecționa în funcție de profilul obținut la inventarul de personalitate. În intenția noastră, fondatorii nu sunt neapărat șefii echipei. Ei au misiunea numai de a înființa echipa (patru membri trași la sorți și alți patru aleși). Distribuția rolurilor în echipă aparține în totalitate membrilor acesteia.

c. Ne așteptam ca nivelul autocunoașterii să fie mai scăzut, în fapt el este ridicat. La o analiză mai aprofundată constatăm că aceste rezultate se justifică. În fond nu sunt decât șase dominante în teoria lui Bales, deci un număr relativ mic de variabile, care trebuiau autoevaluate. Prin formarea grupului autoanalitic competent, subiecții au fost sensibilizați la problema autocunoașterii și de aceea scorurile sunt apropiate.

d. În ceea ce privește ipoteza nr.1 conform căreia *dacă dominantele interpersonale (dezirabile) ale personalității influențează comportamentul în echipă, atunci ne vom aștepta să existe o corelație semnificativă între valoarea acestora și performanța individuală obținută la proba situațională*, în urma analizei datelor obținute s-a evidențiat existența unei corelații pozitive semnificative ( $r = .871$ ,  $p < .01$ ) între *nota Bales* (însemnând depărtarea sau apropierea față de profilul psihologic ideal al managerului public din punct de vedere al dominantelor interpersonale ale personalității) și *nota individuală*, reprezentând contribuția (reală) individuală a subiectului la performanța echipei cuantificată prin interpretarea fișei de observație și a notelor obținute la cele trei sarcini ale temei (măsurile de urgență, proiect și machetă).

Prezentăm în continuare cu titlu de exemplificare tabelul centralizator al rezultatelor obținute de echipa nr.1:



Nr. crt.	Inițial subiect	Varsta	Sex		Statut		Bales						Note	
							Evaluare			Punctaj				
			M	F	Stagiar	Bursier	Autoeval.		Evaluechipa	Autoeval.	nota Bales	Indiv.	Finala	
1	B.C.I.	32	X		X			absent						
2	T.S.	30		X	X		2D	P	2.5U	P	89	80	90	84.88
						7P	10.5P							
						2B	0.5F							
3	C.S.C.	23		X		X	6D	DPB	4U	LP	74	85	90	86.13
						4P	11P							
						7B	2.5F							
4	R.I.C.	28		X	X		4U	UP	3.5U	LP	94	90	87	86.25
						14P	8.5P							
						2F	1.5F							
5	F.V.C.	28	X		X		2U	PF	2U	P	91	80	75	79.25
						12P	8P							
						6F	1F							
6	E.R.A.	23	X			X	6U	UPB	2.5D	P	87	77	83	81.5
						16P	10P							
						6B	2.5F							
7	T.M.I.	25	X			X	10U	UPF	2.5D	P	80	77	80	80.38
						9P	10.5P							
						5F	1B							
8	L.E.	28	X		X		4U	UPF	7U	LP	93	92	95	89.75
						10P	9P							
						3F	2F							
9	M.R.	23		X		X	2U	PF	1U	P	94	82	80	81.63
						11P	10P							
						5F	1F							
Total			4	4	4	4	Punctaj	stagieri			367	342	347	340.13
								bursieri			335	321	333	329.63
							Media	stagieri			91.75	85.5	86.75	85.03
								bursieri			83.75	80.25	83.25	82.41
							Media generala			87.75	82.88	85	83.72	

Fig.2 Centralizarea rezultatelor pentru echipa nr.1

De altfel, această ipoteză nu face decât să confirme teoria lui Bales asupra rolului determinant al dominantelor interpersonale ale personalității, asupra performanței muncii în echipă. Corelația semnificativă indică și viabilitatea profilului ideal al managerului public propus de noi. O notă Bales ridicată nu înseamnă altceva decât orientare în sarcină, activism, interacțiuni puternice, responsabilizare etc. Este deci firesc ca aceste trăsături să conducă la o performanță individuală ridicată a subiecților. Continuând analiza cu ipoteza nr.2 (dacă există o relație deterministă între experiența muncii în echipă ca rezultat al învățării sociale și performanța în activitate, atunci stagiarilor vor obține scoruri mai ridicate în comparație cu bursierii). observăm că rezultatele obținute, așa cum sunt prezentate în tabelul următor, ne conduc la concluzia conform căreia există o diferență în ceea ce privește performanța individuală (operaționalizată prin nota individuală) și statutul subiecților – stagieri sau bursieri. Astfel, stagiarilor ( $M = 91,93$ ,  $A.S. = 5,87$ ) au obținut o

medie mai mare cu 9 puncte decât bursierii ( $M = 82,84$ ,  $A.S. = 8,28$ ).

Tabelul 2. Corelație între nota Bales și nota individuală

nota bales	Corelație Pearson	nota individuala
		Prag de semnificație
		.871**
		.000
	N	35

\*\*corelație semnificativă la pragul de 0.01

Stagiarilor sunt tineri până în treizeci și cinci de ani, cu mai puțin de șapte ani vechime în administrația publică. Inițiatorii proiectului au considerat că peste o vechime de șapte ani, subiectul nu mai are posibilitatea să-și schimbe mentalitatea și stilul personal de abordare a muncii în administrația publică.



Bursierii nu au experiență în administrația publică și de aceea, comparați cu stagiarii, obțin performanțe mai reduse. Faptul că proba situațională a pretins rezolvarea unor sarcini specifice domeniului administrației publice i-a făcut pe stagiari să-și pună în valoare experiența acumulată. Totodată, această ipoteză validează temele propuse de proba situațională.

În ceea ce privește testarea ipotezei nr.3 conform căreia *dacă autocunoașterea reprezintă un factor de progres determinant pentru succesul muncii în echipă, atunci nu vom aștepta să existe o corelație pozitivă semnificativă între gradul de autocunoaștere și performanțele obținute*, analiza datelor a relevat existența unei corelații pozitive semnificative ( $r = .397$ ,  $p < .05$ ) între nota autocunoaștere și nota individuală, ceea ce înseamnă că autocunoașterea valorizează munca în echipă.

Tabelul 3. Corelație dintre nota autocunoașterii și nota individuală

nota autocunoaștere	Corelație	nota individuală
	Pearson	,397*
	Prag de semnificație	,018
	N	35

\*corelație semnificativă la pragul de 0,05

Cu alte cuvinte, cu cât gradul de autocunoaștere este mai ridicat, cu atât performanța muncii în echipă crește. Ipoteza aceasta validează metoda grupului autoanalitic competent. Cheia autoevaluării comportamentului interpersonal este autocunoașterea.

Analiza explorativă a datelor a relevat existența unor corelații semnificative între variabila *vârstă* și diferitele aspecte analizate. Astfel, s-a observat existența a trei corelații pozitive semnificative cu *nota autoevaluare* ( $r = .473$ ,  $p < .01$ ), cu *nota Bales* ( $r = .523$ ,  $p < .01$ ), respectiv cu *nota individuală* ( $r = .533$ ,  $p < .01$ ). Cu alte cuvinte, cu cât vârsta este mai ridicată, cu atât gradul de autocunoaștere este mai aprofundat, subiectul este mai apropiat de caracteristicile profilului ideal al managerului public și performanța individuală în echipă este mai ridicată.

Tabelul 4. Corelațiile dintre variabila vârstă și performanțele obținute la proba situațională

vârsta	Corelație	nota autoevaluare	nota Bales	nota individuală
	Pearson	,473**	,523**	,533**
	Prag de semnificație	,004	,001	,001
	N	35	35	35

\*\*corelație semnificativă la pragul de 0,01

Înaintarea în vârstă, deci, experiența de viață în general contează foarte mult pentru un manager. Sternberg (2007) numește acest lucru "înțelepciune". Un manager trebuie să știe să valorizeze experiența lui și a altora, nu numai referitoare la activitatea pe care o coordonează, ci și în privința soluționării unor probleme cu caracter general.

## 5. CONCLUZII

În cercetarea de față ne-am propus abordarea unei probleme de actualitate, în domeniul resurselor umane, respectiv procesul de selecție al managerilor.

Astfel, în cadrul proiectului Phare - Young Professionals Scheme s-a pus problema selecționării unor manageri publici, care să aducă un suflu nou, să schimbe mentalitatea actuală din domeniul administrației publice și „să o acordeze la principiile, valorile și concepția comunitară”. Folosindu-ne de acest prilej am inițiat o cercetare empirică, care a cuprins treizeci și cinci de subiecți.

Ca elemente de noutate în procesul de selecție al managerilor publici am utilizat:

- Proba situațională – analiza rezultatelor muncii în echipă;
- Metoda gupului autoanalitic competent;
- Foaia de observație pe baza categoriilor Bales;
- Chestionarele Bales.

Totodată, față de procedeele clasice în care selecția se făcea individual, în cadrul de față selecția vizează performanțele individuale ale subiectului, ca membru al unei echipe.

Datele relevate de cercetarea empirică ne conduc la următoarele concluzii:

a. Procesul de selecție al managerilor trebuie să conțină o metodologie specifică complexității deosebite a postului/funcției. În acest sens, sunt de preferat probele situaționale, care probează trăsăturile de personalitate în activitate, o activitate concretă cu reguli cunoscute, cu sarcini bine precizate, cu etapizare, cu apropierea și folosirea unor mijloace, cu atingerea unor obiective. Evaluarea individuală a subiecților la probele situaționale mărește șansa unui prognostic valid, în legătură cu alegerea unui candidat care să facă față cu succes cerințelor viitoare ale postului.

b. Partea „neacoperită” a procesului clasic de selecție, în privința managerilor, se referă la cunoașterea și interpretarea comportamentului interpersonal. Rolul esențial al managerului constă în influența socială, modul în care el poate și știe să-i conducă, să-i organizeze, să-i motiveze și să-i controleze pe ceilalți. Aplicarea în cadrul selecției a unor metode care să reliefeze dominantele interpersonale ale personalității este benefică.

c. Autocunoașterea este cheia comportamentului interpersonal. Ea explică o serie de fenomene perturbatorii de la nivelul organizației: conflicte, stări de spirit negative, demotivări, neîncredere în ceilalți membri ai organizației etc. Sunt candidați care manifestă un grad de autocunoaștere ridicat și care pot să gestioneze cu succes interacțiunea lor cu ceilalți. Pentru procesul de selecție al managerilor, acest lucru este foarte important.

d. Experiența anterioară conduce neîndoiește la obținerea unor performanțe superioare. În cazul prezentei cercetări, ea a făcut diferența dintre stagiari și bursieri. La fel de importantă este și experiența de viață (Roco, 2007). În cazul managerilor, selecționarea unor candidați care reușesc să valorifice experiența de viață a lor și a altora este deosebit de oportună.



e. Toate cele trei ipoteze propuse cercetării empirice s-au confirmat în totalitate. Ne așteptăm la o mai puternică corelație între nivelul autocunoașterii și performanța individuală, dar probabil că abordarea parțială a autocunoașterii numai prin prisma celor șase dominante a comportamentului interpersonal a afectat acest rezultat.

f. Metodologia propusă pentru selecția managerilor e mult mai complexă, foarte laborioasă și nici costurile nu sunt de neglijat. Toate acestea se justifică dacă luăm în considerare timpul pierdut și costurile foarte ridicate pentru o organizație în cazul unui eșec al procesului de selecție a unui manager.

Lucrarea de față, fiind doar cea de-a doua cercetare în problematica managerilor publici are o serie de limite care nu influențează rezultatele obținute dar ne obligă la continuarea analizei pe un palier mai profund. Se desprind astfel câteva direcții de abordare a unor cercetări viitoare, dintre care amintim: Care sunt cele mai bune criterii și metode prin care putem selecționa un manager – lider? Cum putem previziona în cadrul procesului de selecție, asupra dezvoltării managerului, transformării sale în lider charismatic? Cum putem valorifica date obținute de selecție pentru alegerea unor programe de formare specializate care să fie necesare managerului și nu formale, cum se întâmplă de multe ori? Pornind de la selecție, cum putem dezvolta comportamentul interpersonal al managerului? Cum putem întări rolul acestuia în influența socială? Probabil că aceste orientări vor face subiectul unor noi cercetări.

Pe de altă parte, deși frecvent criticată, considerată un implant forțat în cadrul sistemului administrației publice, categoria managerilor publici începe să-și dovedească utilitatea prin rezultatele obținute, prin flexibilitatea și abordarea integrată a problematicei sectorului public de către reprezentanții acesteia. Orice sistem, și în special cel administrativ, construit pe principii birocratice, este reticent la schimbare, dar managerii publici au început treptat să se integreze în societatea românească (Niță, 2008), nu atât prin

impunerea prin intermediul unui cadru normativ, cât mai ales ca rezultat al modulului în care au lucrat împreună, ca un grup solidă, pentru a demonstra valoarea pe care o reprezintă.

## 6. BIBLIOGRAFIE

- Armstrong, M. (2003). *Managementul Resurselor Umane*. București: Editura Codecs.
- Bales, R.F. (1950). *Interaction Processes Analysis, a Method for The Study of The Small Group*. Cambridge, MA: Addison Wessley Publishing Company, Inc.
- Bales, R.F. (1970). *Personality and Interpersonal Behavior*, New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Johns, G. (1998). *Comportamentul organizațional*. București: Editura Economică.
- Maguire, M., Dunne, C. (2004). SIGMA - Support for Improvement in Governance and Management, A joint initiative of the OECD and the European Union, Romania Mid-Term Evaluation Report on *Creating a Corps of Professional Managers within the Civil Service*. The Young Professionals Scheme (PHARE RO 01.06.03), București.
- Mureșan, P. (1980). *Învățarea socială*. București: Editura Albatros.
- Niță, R. (2008). Adapting the Young Professionals Scheme to the needs of the civil service reform, RO – 2005/017-553.01.03.02, *Report on Public Managers' Job Definition*. București.
- Roco, M. (2007). Expunere Sintetică a Studiilor Privind Leadershipul. *Revista de Psihologie Organizațională*, vol.VII, nr. 3-4.
- Stănescu, D.F., Roșca, A.C. (2009). Fast Streamers In Romanian Civil Service – A Special Breed?. *Cercetarea Psihologică Modernă – Direcții și Perspective*, coord. Milcu, M., București: Editura Universitară.
- Sternberg, R.J. (2007). A Systems Model of Leadership – WICS. *American Psychologist*, 1/2007.
- Thompson, J., Farla, T. (2008). *YPS 3 Selection methodology*. București.



# DIAGNOZA PERCEPȚIEI COMPORTAMENTULUI CONTRAPRODUCTIV. ELABORAREA UNUI INSTRUMENT DE CERCETARE

ALINA TEODORESCU, ADRIAN BRATE

Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu, teo\_allina@yahoo.com, adrian.brata@gmail.com

**REZUMAT:** Organizațiile, prin specificul lor, prezintă condiții favorabile de apariție a comportamentelor contraproductive. Acestea reprezintă acte intenționate, inițiate de angajați ce urmăresc să încalce normele, cu scopul de a dăuna atât organizației, cât și membrilor acesteia. Diversitatea acestor comportamente variază de la implicații minore la unele foarte grave reprezentând o latură mai puțin plăcută a activităților din organizații. Evaluarea din punct de vedere psihologic a realității unei organizații, trebuie cu prisosință realizată. Datorită implicațiilor dăunătoare pe care comportamentele contraproductive le pot avea asupra organizațiilor și a membrilor acestora, studiul de față își propune construirea și validarea unui instrument standardizat de evaluare a percepției angajaților asupra comportamentului contraproductiv de la locul lor de muncă, instrument propus spre utilizare în sectorul vechi de producție al unei organizații cu domeniul de activitate în proiectarea, producerea și comercializarea componentelor pentru fabricația de autoturisme și diverse utilaje industriale.

**Cuvinte-cheie:** comportament contraproductiv, percepție, chestionar.

## 1. INTRODUCERE

Modul de comportare al oamenilor în organizații, a reprezentat dintotdeauna un subiect de interes major atât pentru cercetători cât și pentru manageri. În ciuda dezvoltării teoretice și a accentelor puse pe cercetare, comportamentul organizațional rămâne unul dintre cele mai studiate comportamente, în sensul disponibilității sale structurale de a sugera practicienilor (managerilor) un registru destul de larg de instrumente și practici de cunoaștere și dirijare a comportamentelor oamenilor din organizații.

În ultimii ani, s-a constatat o creștere a interesului pentru cercetarea comportamentelor la locul de muncă, ce produc daune angajaților sau organizației, în special din cauza consecințelor negative și costurilor asociate. Printre acestea se numără cele economice precum pierderea productivității datorate întârzierii la serviciu, furturi sau sabotaj sau cele psihologice ca și retragere sau satisfacție scăzută în muncă, grad ridicat de stres și insecuritate pentru cei care sunt ținte ale comportamentelor contraproductive interpersonale (Sulea, 2004). Odată cu identificarea acestor anomalii, tot mai mulți cercetători s-au axat pe implicațiile directe asupra organizațiilor și a angajaților, la fel ca și pe construirea unor metode de analiză și intervenție în acest domeniu. În literatură, comportamentele contraproductive individuale sunt studiate cu ajutorul instrumentelor de auto-raportare, o condiție de bază fiind asigurarea confidențialității răspunsurilor.

Rezultatele studiilor au condus la relevarea unor modele explicative ale acestor comportamente și la diferite denumiri care includ aproximativ aceleași caracteristici: *comportament antisocial* (Giacalone & Greenberg, 1997; cit. în Sulea, C., 2004), *devianța la locul de muncă* denumire ce provine din englezescul workplace deviance (Robinson & Bennett, 1995; cit. în Sulea, C., 2004), *comportament disfuncțional* - organizațional misbehavior (Vardi & Wiener, 1996; cit. în Sulea, C., 2004), *comportament contraproductiv* - counterproductive behavior (Fox & Spector, 1999; cit. în Sulea, C., 2004, pag.60).

*Devianța angajaților este definită ca fiind un comportament voluntar care încalcă norme semnificative organizaționale și astfel amenință bunăstarea organizației și/sau a membrilor acesteia.* (Robinson, S., L., Bennet, J., R., 1995, apud. Sulea, C., 2004, pag. 61).

Robinson și Bennett (2000), Hollinger și Clark (apud Sackett, 2002) au analizat diferite tipuri de devianță:

*a. Comportamente orientate împotriva organizației:*

- devianța referitoare la proprietate (folosirea neadecvată a bunurilor angajatorului) : furt, sabotaj, daune materiale
- devianța referitoare la producție (încălcarea normelor legate de activitatea profesională așa cum este stipulată în contract și în regulamente de ordine interioară): neimplicarea în muncă, absențe, întârzieri, pauze lungi, consumul de alcool și droguri, greșeli intenționate sau sarcini târăgănite, realizate într-un timp defavorabil.

*b. Comportamente interpersonale*

- orientate spre ceilalți membrii ai organizației concretizându-se prin abuz verbal, bârfă, hărțuire.

*c. Comportamente care diferă din punct de vedere al gradului de severitate*

- forme grave : agresivitatea, hărțuirea, violența.
- forme minore: împrăștierea zvonurilor, manifestarea de comportamente ce vizează lipsa de respect față de alți membrii ai organizației

O altă tipologie este aceea prezentată de Sulea, Pitariu, Maricuțoiu (2009, pag. 46) care surprinde următoarele comportamente contraproductive:

- abuz de informație (distorsionarea informației, dezvăluirea de secrete, informare greșită, eșec în transmiterea unei informații și minciună)
- devianța producției (nerespectarea termenelor limită, eșec în îndeplinirea sarcinilor-atât timpul cât și calitatea lor, distrugerea bunurilor organizației. cauzarea prejudiciilor, abuz de resurse, nepotism)
- absenteeism și retragere (întârzierea la locul de muncă, pauze, plecări în timpul programului, petrecerea



timpului în alte scopuri decât cele legate de rezolvarea sarcinilor, absențe, tragere de timp).

- comportamente contraproductive interpersonale (bârfa, critică nejustificată, lipsă de respect față de alți membrii ai organizației, comportamente orientate împotriva altor colegi sau persoane cu scopul de a-i agresa fizic și psihic).

Având în vedere **predictori** ai comportamentului contraproductiv prezentați în literatură de-a lungul anilor, Bennet și Robinson în anul 2003, susțineau că următoarele tendințe au întâietate (cit. în Mount, Ilies, Johnson, 2006, pag. 593):

- **Comportamentele contraproductive - reacție la experiențele trăite de angajat la locul de muncă:**

*Lipsa de autonomie* – comportamentul deviant poate să fie manifestat cu scopul descărcării unei anumite tensiuni acumulate, existând posibilitatea ulterioară a angajaților de a recâștiga controlul asupra mediului de lucru.

*Justiția organizațională* – se referă la corectitudinea percepută a rezultatelor (justiția distributivă), a procedurilor (justiția procedurală) și tratamentul din partea autorităților (justiția interacțională). *Justiția interacțională* include percepțiile referitoare la *justiția interpersonală*, adică măsura în care autoritățile din cadrul organizației îi tratează pe angajați cu respect și demnitate, și *justiția informațională*, ce este gradul în care autoritățile furnizează explicații adecvate pentru deciziile luate. (Dalal, R. S., 2005, pag. 1243).

*Constrângeri organizaționale* – cuprind restricțiile organizaționale ce rezultă din reguli și proceduri, lipsa de resurse, lucruri ce sunt corelate pozitiv cu comportamentele contraproductive, în special cu cele de tipul răzburării. (Sulea, C.)

*Satisfacția muncii* poate fi definită ca “o trăire plăcută sau pozitivă, rezultată din evaluarea proprie a experiențelor legate de locul de muncă” (Locke, apud. Mount, M., Ilies, R., Johnson, E., 2006). Dintr-o perspectivă conceptuală, se poate afirma faptul că indivizii care își evaluează în mod negativ experiențele legate de locul de muncă, ar fi mai predispuși să întreprindă comportamente contraproductive.

- **Comportamentele contraproductive – reflecția propriei personalități a angajatului:**

Cercetările anterioare asupra comportamentelor contraproductive s-au concentrat pe determinarea legăturii dintre acestea și factorii de personalitate. În acest sens, au fost studiate dimensiuni ale personalității conform modelului Big Five, fiind cunoscute astfel: extraversie, conștiinciozitate, stabilitate emoțională, amabilitate și deschiderea spre nou (tendința de a experimenta). De ex. Salgado (2002) a desfășurat o meta-analiză a relației dintre modelul de personalitate Big Five și comportamentele contraproductive la locul de muncă, demonstrând faptul că dimensiunea conștiinciozitate este puternic corelată cu comportamente deviante ce constau în furt, probleme disciplinare, abuz de substanțe, distrugerea de proprietate și încălcarea regulilor organizaționale (cit. în Mount, Ilies, Johnson, 2006, pag. 595).

- **Comportamentele contraproductive – adaptare la contextul social:**

Devianța în context organizațional, implică încălcarea normelor organizaționale, dar pentru ca aceasta să se producă, poate fi necesară și presiunea grupului de lucru, normele și actele care susțin devianța, să fie imperative în declanșarea acesteia. În acest sens, unele cercetări au relevat faptul că un predictor important al comportamentului contraproductiv la locul de muncă reprezintă gradul în care colegii unui angajat sunt implicați în comportamente similare (Sulea, C., Pitariu, H., Maricuțoiu L., 2009, pag. 44).

Factorii cu caracter situațional pun accent pe circumstanțele individuale și organizaționale care ar crește probabilitatea manifestării unui comportament contraproductiv, iar aceștia pot consta în oportunitățile determinate de natura postului, sisteme lejere de monitorizare și control al activităților profesionale, sau scopuri organizaționale irealiste, mult prea solicitante pentru angajat.

### Modele explicative ale comportamentului contraproductiv

#### *Teoria comportamentului planificat*

Teoria comportamentului planificat (Ajzen, I., 1991, pag. 179) oferă un cadru conceptual pentru studierea acțiunilor umane. Conform acestei teorii, comportamentul uman este condus de trei tipuri de considerații: credințele privind consecințele probabile sau alte atribute ale comportamentului (*credințe comportamentale*), credințe privind așteptările normative ale altor oameni (*credințe normative*) și credințe privind prezența factorilor care pot facilita sau împiedica desfășurarea comportamentului (*credințe privind controlul*).

Diferite cercetări au studiat importanța unor elemente considerate a fi importante în determinarea comportamentului contraproductiv, elemente raportate la factorii amintiți mai sus:

- *factorii de dezirabilitate*, cum ar fi echitatea, factorul cel mai important ce contribuie la perceperea necesității unui astfel de comportament;

- *factori normativi*, ce reflectă percepția acceptării comportamentului de către membrii unui grup, incluzând însă și normele subiective ale individului (climatul organizațional);

- *factori de risc*, determinați de sistemele de securitate ale organizației și percepția angajatului de a manifesta un comportament contraproductiv, fără a fi descoperit sau cu consecințe minore.

Rezultatele dezirabile sunt cele care presupun un beneficiu perceput de către individ. Dacă un individ anticipează un beneficiu sau o satisfacție realizând un anumit comportament, se va angaja în desfășurarea acestuia.

#### *Teoria atribuirii cauzale*

Teoria atribuirii studiază mecanismele psihologice prin care subiectul își explică modul de producere și desfășurare a evenimentelor și comportamentelor încercând astfel să prezică și să stăpânească realitatea. Prin atribuirea cauzalității, se realizează implicit un proces de cunoaștere a realității, de “inducere de sensuri”, ce asigură inteligibilitatea acelei realități, ceea ce permite totodată elaborarea prognozelor asupra



desfășurării unor procese, evenimente sau comportamente (Mitrofan, 2009, pag. 36).

Dacă un individ atribuie un rezultat dezamăgitor propriilor caracteristici interne și instabile (ex. lipsa de efort) atunci probabil că își va asuma vina și nu se va implica într-un comportament deviant. Pe de altă parte, în situația în care atribuie un rezultat dezamăgitor unei cauze externe, stabile și intenționale, crește probabilitatea ca acel individ să se angajeze într-o formă de comportament contraproductiv (Sulea, 2004). Procesarea cognitivă se realizează în funcție de *variabile situaționale* (politici inflexibile, mediu competitiv, stil de conducere, reguli și proceduri, condiții economice, sistem de recompense, condiții adverse de lucru, dificultatea sarcinii, rezultate anterioare) și *diferențe individuale* (afecte negative, nivel de integritate, gen, stil de atribuire, autoevaluări, stima de sine, autoeficacitate generalizată).

## 2. METODOLOGIA CERCETĂRII

### Premise

Demersul de a crea un chestionar care să evalueze percepția angajaților asupra comportamentelor contraproductive la locul de muncă, poate fi de mare ajutor managementului. Acesta va putea identifica unele tipuri de comportament contraproductiv manifestate în interiorul organizației, precum și tendințe ale acestuia, punct de la care poate determina mai departe cauzele producerii lui și nu în ultimul rând, punerea la punct a unei strategii de intervenție prin măsuri, reguli și proceduri de prevenire, stopare și pedepsire a actelor contraproductive. Am considerat mai utilă evaluarea comportamentului contraproductiv la locul de muncă prin percepția angajaților care sunt martorii acestora, poate chiar și țintele lor, decât utilizarea obișnuitelor chestionare de auto-evaluare/raportare. Acestea, în ciuda faptului că asigură anonimitatea, nu pun la dispoziție întotdeauna niște date reale.

A fost vizat sectorul vechi de producție al unei organizații, în alegerea acestuia avându-se în vedere o serie de informații obținute de la psihologul organizației, informații considerate reali predictorii ai comportamentului contraproductiv.

Activitatea este desfășurată pe mașini-unelte clasice cu un grad avansat de uzură, față de dotările altor sectoare în care munca se realizează la o tehnologie mai înaltă, respectiv mașini cu comanda numerică.

Stabilitatea angajaților pe posturi este relativă, deoarece sectorul "Afaceri tradiționale" se îndreaptă spre lichidare, gradată, dar progresivă, fenomen care nu poate fi ascuns. Comenzile sunt din ce în ce mai puține. Angajații tineri sunt pregătiți pentru redistribuire și reconversie profesională, iar cei vârstnici nu sunt străini de faptul că prezintă interes minim pe piața actuală a muncii.

Discursul managerial, cu toate că este triumfalist, nu-i convinge pe acești angajați, deoarece nu prezintă nici o perspectivă. De asemenea, salariile din această zonă și-au pierdut în ultimii ani atractivitatea. Însă disponibilitatea la efort prelungit a rămas o cerință constantă și continuă. Aceste situații predispun la punerea în discuție a echiității organizaționale, iar în urma acestor neajunsuri, se poate afirma că și satisfacția

muncii este relativ scăzută, fenomen descoperit în urma unui studiu asupra climatului organizațional realizat în interiorul organizației.

**Obiectivul cercetării:** Construirea și validarea unui instrument standardizat de evaluare a percepției angajaților asupra comportamentului contraproductiv la locul de muncă.

### Participanți

Lotul de participanți a fost format din angajații sectoarelor vechi de producție, respectiv "Afaceri Tradiționale" cu următoarele ateliere componente: automate, aparate de frână, turnătorie sub presiune, transmisii cardanice, casete de direcție, arcuri înfășurate la rece, arcuri înfășurate la cald, echilibror, SDV-uri (scule, dispozitive, verificatoare). În rândul acestor ateliere, sunt încadrați în muncă 154 de angajați productivi, din care am chestionat 131, restul de 23 aflându-se în concedii (de odihnă, respectiv medicale). Astfel, lotul de participanți la studiu, a fost constituit din toți angajații productivi ai singurului sector vechi de producție " Afaceri tradiționale", la momentul desfășurării studiului. (N=131). Vârsta participanților a fost cuprinsă între 18-65 de ani, dintre care 111 de gen masculin și 20 aparținând genului feminin.

### Chestionarul. Strategia de construcție

Instrumentul psihologic propus este sensibil la natura contextului profesional și poate furniza informații utile despre devianța comportamentală la locul de muncă.

A fost urmărită schema procesului de construcție a unui chestionar de evaluare psihologică a personalului, prezentată pe larg în literatura de specialitate (Ticu, C., 2004, pag. 73-106).

Etapele parcurse în construcția acestui chestionar au fost următoarele:

- formularea itemilor
- construirea chestionarului inițial
- evaluarea itemilor în cadrul unui grup de experți
- definirea chestionarului intermediar
- aplicarea chestionarului pe lotul de participanți
- analiza statistică a datelor obținute
- definirea chestionarului final

### Operaționalizarea variabilelor

În desfășurarea acestui studiu, s-a pornit de la un model teoretic- conceptual preexistent. Dimensiunea / subdimensiunile vizate sunt unele „clasice”, recunoscute, conceptualizate din punct de vedere teoretic. Operaționalizarea variabilelor a fost realizată pe baza informațiilor colectate din literatura de specialitate, pornind de la suportul teoretic-conceptual descris în studii teoretice/empirice. Astfel, suportul a fost oferit de tipologiile următorilor autori:

- Bennet S.L., Robinson R.J., (2000) Development of a measure of workplace deviance
- Gruys P.R., Sacket, M., (2003) Investigating the dimensionality of Counterproductive Work Behaviour
- Sulea C., Pitariu D.H., Maricuțoiu L. (2009) Construction and validation of the Scale for the Evaluation of the Perception of Counterproductive Behaviors in Organizations (EPCBO)

Au fost selecționate patru tipuri de comportamente contraproductive, care s-au dovedit a fi și cele mai



frecvente în urma desfășurării cercetărilor pe această temă.

Dimensiunea generală vizează comportamentul contraproductiv. Aceasta cuprinde patru subdimensiuni specifice: **Abuzul de informație**, **Devianța producției și sabotaj**, **Absenteism și retragere**, **Relații interpersonale contraproductive**. Subdimensiunile vizate au fost descrise în literatura de specialitate astfel:

1. **Abuzul de informație** (folosirea necorespunzătoare a informației) – dezvăluirea informațiilor confidențiale; falsificarea înregistrărilor, a documentelor de serviciu; distorsionarea informației; informarea greșită; eșec în transmiterea informației; minciună.

2. **Devianța producției și sabotaj** (actele intenționate de a nu îndeplini sarcinile la standardele de conduită operatorie și de calitate, precum și sabotarea bunurilor din dotare), în această categorie fiind incluse următoarele: distrugerea de bunuri și proprietăți ale organizației angajatoare; deteriorarea echipamentelor din dotare; prezența defectelor de activitate și de calitate; efectuarea muncii incorect și într-un ritm mult prea lent; nerespectarea termenelor limită; muncă neîngrijită.

3. **Absenteism și retragere** (descriu comportamente ce restrâng valoarea timpului conform programului de muncă cerut de organizație, precum și pe cel al sarcinilor ce trebuie realizate, la fel și neimplicarea în muncă), actele deviate constând în: absenteism; întârzierea la programul de muncă; părăsirea locului de muncă înainte de terminarea programului; abuzul de pauze (mai lungi sau mai dese) prin nerespectarea timpului specificat în regulament; manifestarea dezinteresului față de sarcinile de lucru; neimplicarea în activitatea colectivă; desfășurarea activităților cu caracter personal în timpul programului de muncă.

4. **Relații interpersonale contraproductive** (manifestarea comportamentelor îndreptate împotriva colegilor cu scopul de a le dăuna din punct de vedere fizic și psihic), actele deviate fiind considerate următoarele: răspândirea bârfelor/a zvonurilor; critică nejustificată; lipsă de respect față de colegi, superiori, conducerea organizației angajatoare; hărțuire; abuz verbal: punerea în pericol a colegilor; agresivitate fizică.

### Construirea itemilor

Pornind de la caracteristicile fiecărei subdimensiuni prezentate în literatură de specialitate, am construit individual un număr de 48 de itemi pe care i-am considerat optimi în surprinderea aspectelor esențiale legate de fiecare tip de comportament. Fiecărei subdimensiuni i-a fost atribuit un anumit număr de itemi, astfel: abuz de informație (10 itemi), devianța producției și sabotaj (11 itemi), absenteism și retragere (13 itemi), relații interpersonale contraproductive (14 itemi). Aserțiunile formulate au fost înscrise pe o listă, amestecate. În funcție de scopul final al instrumentului și de specificul lotului de participanți, a fost ales un sistem de evaluare al itemilor, respectiv scala Likert în cinci trepte și anume: 1. Nu se întâmplă niciodată 2. Se întâmplă foarte rar 3. Se întâmplă uneori 4. Se întâmplă deseori 5. Se întâmplă întotdeauna

### Procedura de lucru

Sectorul de producție "Afaceri tradiționale" încadrează în muncă un număr de 154 de angajați. La momentul aplicării chestionarului, angajații productivi au fost în număr de 131, aceștia constituind și lotul de participanți. Aplicarea chestionarului a fost programată din timp astfel încât să afecteze cât mai puțin desfășurarea normală a programului de lucru. Participanții au fost informați asupra scopului cercetării, explicându-li-se totodată și modul de completare a foilor de răspuns. Au fost rugați să răspundă cât mai sincer fiind asigurați de confidențialitatea datelor și de anonimatul chestionarului.

Chestionarele au fost administrate pe parcursul a trei săptămâni spre a putea gasi și angajații care au lucrat în schimburile doi și trei. Condițiile de testare au fost optime.

### 3. REZULTATE

#### *Evaluarea în grup de experți (validitate de conținut)*

Analiza itemilor chestionarului inițial în cadrul unui grup de experți a fost esențială pentru verificarea validității de conținut și anume măsura în care itemii formulați au vizat conținutul dimensiunii/subdimensiunilor chestionarului și dacă aceștia au fost suficienți pentru a se referi la toate aspectele semnificative ale acestuia. Fiecare membru al grupului de experți a primit documentația ce a cuprins descrierea subdimensiunilor vizate și lista cu cei 48 de itemi propuși, amestecați într-o listă comună. Din grupul de experți au făcut parte psihologi și specialiști din domeniu, aceștia fiind în număr de 11.

Analiza de concordanță (acordul între evaluatori), a permis plasarea fiecărui item în parte uneia dintre subdimensiunile descrise anterior. În urma analizării gradului de concordanță între evaluatori, au fost excluși itemii repartizați în categorii diferite și aceia care nu au putut fi plasați nici uneia dintre subdimensiunile descrise anterior. În urma eliminării itemilor cu un grad mare de dispersie, au fost verificați din nou cei obținuți pentru a stabili dacă aceștia sunt suficient de reprezentativi pentru subdimensiunile vizate, totodată, unii dintre ei fiind reformulați pe alocuri.

Din cei 48 de itemi ai chestionarului inițial dat spre analiză grupului de experți, au fost reținuți pentru chestionarul intermediar 31 (tabelul 1), forma care a fost dată spre completare angajaților sectorului vizat de studiu. Datele colectate în urma aplicării chestionarului intermediar pe lotul de participanți, au fost introduse într-o bază de date a unui program de prelucrare statistică. Într-o primă fază s-a efectuat analiza mediilor și a abaterilor standard pentru fiecare item în parte.

Raportându-ne la criteriile de normalitate ale unei distribuții, se poate constata că majoritatea itemilor le îndeplinesc:  $m > 2SD$ ,  $m > SD$ , ceilalți neavând abateri semnificative.

Pentru analiza coeficientului de consistență internă s-a recurs la formula Alpha Cronbach, care este adecvată pentru analiza itemilor cu răspunsuri pe scale. Coeficientul a fost calculat pentru fiecare subdimensiune în parte.



Tabelul 1. Analiza mediilor și a abaterilor standard

Item	Medie	Ab. Std.
1. Raportează eronat stadiul rezolvării unor sarcini	3,31	1,246
2. Neglijența respectarea etapelor procesului de lucru	2,82	1,149
3. Se invoiesc în mod repetat și nejustificat de la locul de muncă	2,98	1,106
4. Folosesc un limbaj lipsit de respect față de colegii lor, glume deplasate, obscenități, expresii vulgare	2,87	1,133
5. Deformează adevărul pentru a-si acoperi greseli	3,31	1,177
6. Folosesc cu neglijența aparatele din dotare, utilajele, sculele și alte dispozitive	2,56	1,235
7. Iau pauze mai lungi sau mai dese decât acelea prevăzute în regulament	2,92	1,107
8. Desconsidera contribuțiile colegilor și îi insultă	2,95	1,143
9. Transmit informații eronate cu scopul de a influența lucrurile în favoarea lor	2,98	1,246
10. Deteriorează echipamentele și alte dotări pe care le au la dispoziție	2,22	1,111
11. Se retrag în fața problemelor aparute în cadrul colectivului	3,27	1,151
12. Amana anumite sarcini urmărind îndeplinirea acestora de către alți colegi	3,22	1,179
13. Îngreunează producția lucrând în ritm propriu atunci când trebuie respectate anumite termene sau efectuate lucrări standardizate	2,44	1,117
14. Întrerup munca și părăsesc locul de muncă înainte de terminarea programului	2,66	1,135
15. Fac comentarii defavorabile în privința etnicii, religiei, valorilor și altor credințe personale ale celorlalți colegi	2,60	1,135
16. Atribue propriile greseli și nerealizări de la locul de muncă celorlalți, făcându-i răspunzători pentru ele	3,37	1,308
17. Ascund sau blochează date esențiale ce trebuie să fie cunoscute de către întreg colectivul	2,89	1,198
18. Ignoră instrucțiunile, prevederile, dispozitiile procedând după bunul plac	2,65	1,102
19. Ironizează devotamentul celorlalți colegi față de munca depusă	3,33	1,133
20. Falsifică semnături sau completează date eronate în documentele oficiale de serviciu	2,05	1,115
21. Se prezintă cu întârziere la locul de muncă sub pretextul anumitor scuze	3,03	1,022
22. Produc stricăciuni obiectelor personale ale celorlalți colegi de muncă	2,28	1,104
23. Defectează unele aparate și dispozitive atunci când timpul devine presant pentru producție	2,24	1,075
24. Absentează de la locul de muncă în baza unor afecțiuni medicale inexistente sau a unor motive nejustificate	2,98	1,157
25. Inferiorizează unii colegi folosindu-se de glume proaste	3,19	1,164
26. Dezinformează șeful direct în legătură cu colegii de muncă și activitățile desfășurate în atelier	2,81	1,278
27. Fac comentarii neavenite pe seama vieții personale a colegilor	2,97	1,143

28. Împiedică raportarea către superior în legătură cu avariile aparute la unele instrumente de lucru	2,44	1,090
29. Folosește termeni cu conotație sexuală la adresa altor colegi	2,76	1,096
30. Suprasolicita sau folosește în scopuri inadecvate instrumentele de lucru	2,50	1,091
31. Folosește amenințarea la adresa colegilor urmărind atingerea unor scopuri personale	2,35	1,074

Tabelul 2. Coeficienți de consistență internă pentru cele patru subdimensiuni

Dimensiune	Număr de itemi	Coeficient Alpha Cronbach
Abuz de informație	7	0,861
Devianța producției și sabotaj	7	0,899
Absenteism și retragere	7	0,882
Relații interpersonale contraproductive	10	0,912

Coeficientul de consistență internă obținut, pe întreg chestionarul a fost de 0,958.

Coeficientul de consistență internă obținut, garantează pentru fiecare grupare de itemi analizată că aceasta este omogenă (itemi consistenți ca sens) și unidimensională. S-a urmărit și verificarea relației dintre subdimensiunile chestionarului, pentru acest lucru fiind necesară calcularea coeficientului de corelație Spearman.

Analizând coeficienții de corelație obținuți, se constată că există o corelație pozitiv semnificativă între cele patru subdimensiuni analizate (valori peste 0,70). Se poate afirma faptul că există o probabilitate crescută ca un comportament odată inițiat, să determine și altele.

În cazul studiului de față, evaluarea fidelității s-a realizat prin metoda consistenței inter-item, aceasta validând un anumit aspect al fidelității generale. Acest lucru a permis aprecierea măsurii în care fiecare item component al unei subdimensiuni, măsoară același lucru, se referă la o singură dimensiune. Coeficienții de fidelitate au fost calculați pentru fiecare subdimensiune în parte.

În cazul de față, s-a avut în vedere evaluarea validității de conținut, pentru a determina măsura în care itemii formulați, au vizat conținutul subdimensiunilor propuse și au fost suficienți pentru a surprinde toate aspectele semnificative ale acestora. Aceasta a fost verificată și cu ajutorul unui grup de experți, aceștia trebuind să decidă pentru fiecare aserțiune în parte, căreia dintre subdimensiunile descrise succint în materialul primit spre analiză îi aparține.

Dimensiunea chestionarului este reprezentată de un concept teoretic bine definit în literatura de specialitate, astfel a fost posibilă verificarea validității de construct, dar acesta este un demers de lungă durată ce presupune o serie de investigații ulterioare. Dacă dimensiunea/subdimensiunile evaluate în proba propusă sunt evaluate și de alte instrumente și modelări teoretice, în seamă că înseamnă că instrumental elaborat este valid din punct de vedere al constructului/conceptului evaluat. (Constantin, T., 2004, pag. 104).



Tabelul 3. Coeficienții de corelație pentru subdimeniunile Abuz de informație, Devianța producției și sabotaj, Absenteism și Retragere, Relații Interpersonale Contraproductive

		Correlations				
Spearman's rho	Abuz de informatii		Abuz de informatie	Devianta productiei si sabotaj	Absenteism si retragere	Relatii interpersonale contraproductive
		Correlation coefficient	1,000	,789**	,848**	,862**
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,000	,000
	Devianta productiei si sabotaj	N	131	131	131	131
		Correlation coefficient	,789**	1.000	,781**	,753**
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,000	,000
	Absentism si retragere	N	131	131	131	131
		Correlation coefficient	,848**	,781**	1.000	,855**
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	.	,000
	Relatii interpersonale contraproductive	N	131	131	131	131
		Correlation coefficient	,862**	,753**	,855**	1.000
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	.
	N	131	131	131	131	

Utilitatea chestionarului propus este dată de evaluarea validității de conținut. Validitatea de conținut poate evalua și o validitate predictivă, astfel chestionarul fiind valoros în utilizare.

#### 4. CONCLUZII

Organizațiile, prin specificul lor, prezintă condiții favorabile de apariție a comportamentelor contraproductive. Acestea reprezintă acte intenționate, inițiate de angajați urmărind încălcarea normelor cu scopul de a dăuna atât organizației cât și membrilor acesteia. Diversitatea acestor comportamente variază de la implicații minore la unele foarte grave, mai ales datorită impactului pe care le pot avea asupra psihicului persoanelor care sunt ținta lor.

Chestionarul propus este destinat evaluării percepției angajaților asupra comportamentului contraproductiv de la locul de muncă, respectiv validarea lui pe un segment al organizației și anume sectorul vechi de producție. Inexistența unui instrument standardizat de evaluare a acestui tip de comportament în organizația avută în vedere pentru desfășurarea studiului și informațiile deținute despre condițiile de lucru și nemulțumirile angajaților sectorului "Afaceri Tradiționale", au constituit scopul cercetării.

Urmând schema procesului de construcție, validare și utilizare a unui instrument psihologic prezentată pe larg în literatura de specialitate (în special Constantin, T., 2004), am obținut un chestionar ce se dorește a veni în sprijinul managementului organizației. Astfel, prin intermediul percepției angajaților va putea identifica unele tipuri de comportament contraproductiv manifestate în interiorul sectorului organizației, precum și tendințe ale acestuia, punct de la care poate

determina mai departe cauzele producerii lui și nu în ultimul rând, punerea la punct a unei strategii de intervenție prin măsuri, reguli și proceduri de prevenire, stopare și pedepsire a actelor contraproductive.

#### 5. IMPLICAȚII TEORETICE ȘI PRACTICE

Cercetarea prezentată își demonstrează utilitatea prin elaborarea unui instrument psihologic standardizat, util managementului organizației pentru care a fost creat. Această cercetare poate oferi o perspectivă asupra ceea ce se întâmplă în interiorul unei organizații, dar o importanță deosebită poate fi acordată și impactului observării comportamentului deviant asupra propriului comportament al angajaților. Afectează relațiile de muncă și productivitatea organizațională?

Modul în care percepția angajaților asupra comportamentului contraproductiv influențează satisfacția muncii în interiorul organizației, sau starea lor de bine poate deschide noi oportunități de cercetare.

#### 6. LIMITE ALE CERCETĂRII

Pentru obținerea unui chestionar de evaluare bine calibrat, se poate avea în vedere realizarea altor studii pentru verificarea tuturor metodelor de realizare/îndeplinire/verificare a fidelității și validității.

Metoda *test-retest* permite aprecierea stabilității chestionarului constând în aplicarea lui după un anumit interval de timp și calcularea coeficientului de constanță/a gradului de corelație între scorurile obținute de participanți la cele două evaluări.

Trebuie menționat faptul că validitatea unui instrument de evaluare constituie un process continuu. Acest studiu se află într-o fază incipientă, alte aspecte ale validității urmând a fi evaluate într-o etapă următoare.



Teama pierderii locului de muncă pare a fi iminentă în sectorul pentru care s-a construit și validat instrumentul, din acest motiv unele răspunsuri ar fi putut conduce la modificarea rezultatului final. Legat de acest aspect, s-a insistat asupra asigurării anonimatului și confidențialității datelor.

Acest chestionar nu include toate tipurile posibile de comportament contraproductiv ce pot fi manifestate la locul de muncă. În acest sens, studii viitoare pot aduce contribuții prin surprinderea altor aspecte legate de devianța organizațională, iar reaplicarea chestionarului se poate face pentru obținerea unei forme valoroase ce respectă toate criteriile de validare științifică.

## 7. BIBLIOGRAFIE

- Ajzen, I., (1991). *The theory of planned behavior*, Organizational behavior and human decision processes, University of Massachusetts at Amherst
- Bennett, R.J., Robinson, S.L. (2000). *Development of a measure of workplace deviance*, Journal of Applied Psychology, 85 (3), 349-360.
- Constantin, T., (2004). *Evaluarea psihologică a personalului*, Editura Polirom, Iași.
- Dalal, R.S., (2005). *A Meta analysis of the relationship between organizational citizenship behavior and counterproductive work behavior*, Journal of Applied Psychology, vol 90, no 6
- Douglas, S. C., Martinko M.J. (2001). *Exploring the role of individual differences in the prediction of workplace aggression*, Journal of Applied Psychology
- Fox, S., Spector, E.P., Miles, D. (2001). *Counterproductive Work Behavior (CWB) in Response to Job Stressors and Organizational Justice: Some Mediator and Moderator Tests for Autonomy and Emotions*, Journal of Vocational Behavior 59 291-309
- JOHNS, G., (1998) *Comportament organizațional*, Editura Economică, București
- Gruys, L.M., Sackett, P.R., (2003). *Investigating the dimensionality of Counterproductive Work Behavior*, International Journal of Selection and Assessment, Volume 11, Number 1
- Labăr, A.D., (2008). *Spss pentru științele educației. Metodologia analizei datelor în cercetarea psihologică*, Editura Polirom, București
- Lee, K., Allen, J.N., (2002). *Organizational citizenship behavior and workplace deviance: The role of affect and cognitions*, Journal of Applied Psychology, vol 87
- Mitrofan, L. (2009). *Cursul Introducere în psihologia socială*, Editura Credis, București
- Mount, M., Ilies, R., Johnson, E. (2006) *Relationship of personality traits and counterproductive work behaviors. The mediating effects of job satisfaction*, Personnel Psychology
- Popa, M. (2008). *Statistică pentru psihologie. Teorie și aplicații SPSS*, Editura Polirom, Iași.
- Sackett, P.R. (2002). *The Structure of Counterproductive Work Behaviors: Dimensionality and Relationships with Facets of Job Performance*,

International Journal of Selection and Assessment, Volume 10, Number 1/2

Spector, E.P., Penny, L.M. Și Colab (2005). *The dimensionality of counterproductivity: Are all counterproductive behaviors created equal?*, Journal of Vocational Behavior

Sulea, C. *Comportamentul contraproductiv în organizații*, Occupational Health Psychology, Ohp Edu, www.ohpedu.ro

Sulea, C. (2004). *Latura întunecată a organizațiilor. Comportamentul contraproductiv la locul de muncă*, Psihologia resurselor umane, Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca

Sulea, C., Pitariu, H., Maricuțoiu, L. (2009). *Construction and validation of the Scale for the Evaluation of the Perception of Counterproductive Behaviors in Organizations (EPCBO)*, Psihologia Resurselor Umane, Universitatea Babeș Bolyay, Cluj-Napoca

## ANEXE.

### Anexa 1. Chestionar "Percepția Comportamentului contraproductiv" (Cotare)

#### Subdimensiunile chestionarului:

**I. Abuz de informație:** folosirea necorespunzătoare a informației.

**II. Devianța producției și sabotaj:** neîndeplinirea sarcinilor la standardele de conduită operatorie și calitate; sabotarea bunurilor din dotare.

**III. Absenteism și retragere:** restrângerea valorii timpului ce trebuie respectat conform programului de lucru și pe cel al sarcinilor ce trebuie realizate în acest interval orar.

**IV. Relații interpersonale contraproductive:** manifestarea de comportamente îndreptate împotriva colegilor de muncă.

**Scorare:** Pentru fiecare subdimensiune în parte, punctajul total rezultă prin adunarea punctelor obținute pentru fiecare dintre itemii subdimensiunii și împărțirea la numărul lor.

**I. Abuz de informații:** 1, 5, 9, 17, 20, 26, 28.

**II. Devianța producției și sabotaj:** 2, 6, 10, 13, 18, 23, 30.

**III. Absenteism și retragere:** 3, 7, 11, 12, 14, 21, 24

**IV. Relații interpersonale contraproductive:** 4, 8, 15, 16, 19, 22, 25, 27, 29, 31.

#### Criterii de validare

Chestionarul a fost aplicat pe un lot de 131 de participanți ai sectorului vizat pentru validarea instrumentului.

S-au obținut următorii coeficienți de consistență internă Alpha Cronbach:

1. Abuz de informație = 0,861

2. Devianța producției și sabotaj = 0,899

3. Absenteism și retragere = 0,882

4. Relații interpersonale contraproductive = 0,912.

Coeficientul Alpha Cronbach pe întreg chestionarul = 0,958



## Anexa 2. Valori ale etalonului general

Factorul	Intensitatea cu care se manifestă factorul										
	Foarte slab		Slab		Mediu		Intens		F. intens		
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Abuz de informație	0	1,5	2,1	2,4	2,6	2,7	3,0	3,3	3,6	4,0	5
Devianta producției și sabotaj	0	1,3	1,9	2,0	2,1	2,3	2,5	2,9	3,3	3,7	5
Absenteism și retragere	0	1,6	2,6	2,7	2,7	3,0	3,1	3,4	3,7	4,1	5
Relații interpersonale contraproductive	0	1,4	2,3	2,5	2,6	2,8	3,0	3,3	3,7	3,9	5

## Anexa 3. Chestionar "Percepția comportamentului contraproductiv"

În propozițiile de mai jos sunt indicate o serie de comportamente ce pot apărea în orice organizație. Vă rugăm să indicați cu "X" în dreptul fiecărei afirmații cifra corespunzătoare frecvenței cu care considerați că respectivul comportament se manifestă la locul dvs. de muncă.

La locul în care vă desfășurați activitatea, unele persoane...

Nu se întâmplă  
niciodată  
1

Se întâmplă  
foarte rar  
2

Se întâmplă  
uneori  
3

Se întâmplă  
deseori  
4

Se întâmplă  
întotdeauna  
5

1. Raportează eronat stadiul rezolvării unor sarcini.					
2. Neglijează respectarea etapelor procesului de lucru.					
3. Se învoiesc în mod repetat și nejustificat de la locul de muncă.					
4. Folosesc un limbaj lipsit de respect față de colegii lor, glume deplasate, obscenități, expresii vulgare.					
5. Deformează adevărul pentru a-și acoperi greșelile.					
6. Folosesc cu neglijență aparatele din dotare, utilajele, sculele și alte dispozitive.					
7. Iau pauze mai lungi sau mai dese decât acelea prevăzute în regulament.					
8. Desconsideră contribuțiile colegilor și îi insultă.					
9. Transmit informații eronate cu scopul de a influența lucrurile în favoarea lor.					
10. Deteriorează echipamentele și alte dotări pe care le au la dispoziție.					
11. Se retrag în fața problemelor apărute în cadrul colectivului.					
12. Amână anumite sarcini urmărind îndeplinirea acestora de către alți colegi.					
13. Îngreunează producția lucrând în ritm propriu atunci când trebuie respectate anumite termene sau efectuate lucrări standardizate.					
14. Întrerup munca și părăsesc locul de muncă înainte de terminarea programului.					
15. Fac comentarii defavorabile în privința etniei, religiei, valorilor și altor credințe personale ale celorlalți colegi.					
16. Atribue propriile greșeli și nerealizări de la locul de muncă celorlalți, făcându-i răspunzători pentru ele.					
17. Ascund sau blochează date esențiale ce trebuie să fie cunoscute de către întreg colectivul.					



18. Ignoră instrucțiunile, prevederile, dispozițiile, procedând după bunul plac.					
19. Ironizează devotamentul celorlalți colegi față de munca depusă.					
20. Falsifică semnături sau completează date eronate în documentele oficiale de serviciu.					
21. Se prezintă cu întârziere la locul de muncă sub pretextul anumitor scuze.					
22. Produc stricăciuni obiectelor personale ale celorlalți colegi de muncă.					
23. Defectează unele aparate și dispozitive atunci când timpul devine presant pentru producție.					
24. Absentează de la locul de muncă în baza unor afecțiuni medicale inexistente sau a unor motive nejustificate.					
25. Inferiorizează unii colegi folosindu-se de glume proaste.					
26. Dezinformează șeful direct în legătură cu colegii de muncă și activitățile desfășurate în atelier.					
27. Fac comentarii neavenite pe seama vieții personale a colegilor.					
28. Împiedică raportarea către superior în legătură cu avariile apărute la unele instrumente de lucru.					
29. Folosește termeni cu conotație sexuală la adresa altor colegi.					
30. Suprasolicită sau folosește în scopuri inadecvate instrumentele de lucru.					
31. Folosesc amenințarea la adresa colegilor urmărind atingerea unor scopuri personale.					



**Partea a IV-a:**

**PSIHOLOGIE EXPERIMENTALĂ ȘI METODOLOGIE  
DEZVOLTAREA UNOR NOI METODE DE CERCETARE ȘI INTERVENȚIE**







## CERCETAREA CANTITATIVĂ ȘI CALITATIVĂ ÎN PSIHOLOGIE, CONSILIERE ȘI PSIHOTERAPIE

LOREDANA DROBOT

Universitatea "Eftimie Murgu" din Reșița, loredana\_drobot@yahoo.com

**ABSTRACT:** Quantitative research has dominated psychology since it has got its status as a branch of science, but the study of human nature requires also a naturalist, contextual understanding, known as qualitative research. The domains of qualitative research in which knowledge can be attained are: the knowledge of others, the knowledge of phenomena and reflexive knowledge. The purpose of the paper is to present the factors that differentiated the qualitative research from the quantitative research in psychology. The method utilised was the analysis of a number of articles from journals specialized in counselling and psychotherapy. The directions in which the analysis was undertaken are: the philosophical foundation of research, design of research, validity, method of research, analysis and data interpretation.

**Key words:** research, metodologie, sampling, qualitative, quantitative, reflexivity.

### 1. INTRODUCERE

Cercetarea în psihologie a fost fundamentată pe tehnici experimentale și corelaționale pentru testarea teoriei. Psihologia similar altor discipline a fost dominată de paradigma pozitivistă și post-pozitivistă. În studierea ființelor umane, psihologii au urmat unele metode comune de cercetare.

Metodele cantitative și calitative de cercetare diferă în modalitatea de colectare și de interpretare a datelor. Cercetarea cantitativă solicită o reducere a fenomenelor la valori cantitative pentru a descrie prin analiza statistică. La polul opus, cercetarea cantitativă implică colectarea datelor în forme non-numerice, ca texte, înregistrări video, imagini etc. Totuși, abordarea cantitativă și calitativă diferă în privința: obiectivelor investigării științifice; prin sublinierea paradigmatelor de la baza lor și a asumpțiilor meta-teoretice utilizate. Psihologia a fost dominată de cercetarea cantitativă încă de la dobândirea statutului de știință, din secolul 19, iar din 1960, numeroși psihologi au început să critice cercetarea cantitativă a naturii umane. S-a propus o înțelegere naturalistă, contextuală a ființei umane care a devenit cunoscută sub denumirea de cercetare calitativă.

### 2. ASPECTE TEORETICE

Cercetarea calitativă a fost influențată de cercetarea din științele sociale, a furnizat în timp un set flexibil de metode și a permis relatări nuanțate ale participanților la cercetare. Domeniul cercetării calitative în consiliere și psihoterapie a fost relativ târziu adăugat la mișcarea cercetării calitative, astfel că în psihoterapie cercetarea a fost deschisă începând cu anul 1950 datorită presiunilor determinate de evaluarea diferitelor forme de psihoterapie. La început, cercetarea în psihoterapie a fost dominată de standardizarea testelor, designul experimental și de categoriile de diagnostic. Psihoterapia relațională a cunoscut dificultăți în utilizarea unor metode percepute caracterizate cu rigurozitate redusă. Actualmente, pentru cercetător este esențial să aibă o idee clară despre ce dorește să descopere și să realizeze prin studiile calitative. Scopul cercetării calitative este de a dezvolta cunoașterea, de a descoperi eficiența consilierii și psihoterapiei și de a înțelege modul în care este construită lumea. Realitatea

socială este multiplă și construită prin comunicare, acțiuni, semnificații, memorie, ritualuri și instituții. Diferitele metodologii utilizate în cercetarea calitativă se aplică în variatele fațete ale lumii construite. De exemplu, teoria fenomenologică se bazează pe semnificațiile elaborate de persoane prin propriile realități; etnografia este preocupată de modul în care lumea se construiește prin ritualuri și practici sociale etc. Totuși, se remarcă un paradox: majoritatea oamenilor pot oferi o explicație la ce se întâmplă și atunci de ce mai este nevoie de cercetarea calitativă? Cunoașterea lumii moderne este una prea puțin coerentă și prea puțin consistentă. Oamenii trăiau în trecut după anumite reguli, dar care azi au dispărut, se pare, în mare parte; elementele de bun simț au fost uitate sau chiar demodate. Persoanele care lucrează în serviciile umane trebuie să cunoască felul în care lumea se construiește prin sensul comun. Cercetarea calitativă este o cercetare riguroasă a acestui aspect al lumii sociale, formulează declarații sau cadre conceptuale noi pentru a înțelege lumea.

Domeniile cercetării calitative în care se poate realiza cunoașterea sunt (McLeod J, 2009): cunoașterea celui alt, cunoașterea fenomenelor și cunoașterea reflexivă. Le vom prezenta pe fiecare în parte.

*Cunoașterea celui alt* este generată de cercetarea aplicată unei categorii de persoane cum ar fi clienții unui psihoterapeut, clienții dintr-un spital, membrii unui grup etc. Prin cunoașterea celui alt se încearcă să se analizeze, interpreteze experiențele și limbajul acelor practicienilor, deoarece ei au tendința de a utiliza stereotipuri, fiind prea ocupați să analizeze în profunzime dorințele, experiențele clienților. Pe lângă obstacolul menționat, mai pot exista și alte obstacole, cum ar fi: sexul, rasa, etnicitatea clientului sau a terapeutului.

*Cunoașterea fenomenelor* se aplică unor categorii de evenimente ale unui grup din domeniul consilierii și psihoterapiei.

*Cunoașterea reflexivă* este destul de rar întâlnită în cercetarea calitativă și se realizează atunci când cercetătorul își îndreaptă atenția intenționat asupra unui proces de construire a lumii pentru a spune ceva nou din



punct de vedere personal sau profesional. Cercetarea reflexivă accentuează importanța limbajului prin analizarea unor termeni profesionali, cum ar fi schizofrenia sau alte categorii psihiatrice.

Toate formele de cunoaștere menționate sunt temporare, deoarece nu se poate ști niciodată cum este construită lumea și nici nu se poate ajunge la o înțelegere științifică totală, complexă. Posibilitatea cea mai bună este de a clarifica temporar anumite lucruri care pot fi înțelese și care, după un anumit timp, oricum devin comune și vor fi asimilate în gândirea comună. Chiar dacă cercetarea calitativă este o cercetare umanistă nu-și asumă o realitate cauză-efect a legilor științifice și nu-și asumă nici acțiunile fiecărei persoane, se bazează pe ideea că noi creăm lumea, individual sau colectiv, cu asumarea propriei noastre responsabilități.

Astăzi, cercetarea calitativă este accesibilă publicului și se realizează cel mai adesea de către surse academice. De exemplu, studiile de cercetare al pieței sunt folosite pentru a aduce informații în teoria și în practica din mediul social, mediul de sănătate, cu asumarea riscului că legătura dintre teorie și practică este încă nesigură.

Psihologii consilieri au fost printre primii care au explicat importanța diversității metodologice, în particular a metodelor de cercetare calitativă, pentru a explora în adâncime experiența umană. Metodele de cercetare calitativă continuă să crească în credibilitate și sunt adecvate pentru consiliere.

### 3. METODOLOGIA CERCETĂRII

Scopul lucrării este de a prezenta factorii ce delimitează cercetarea calitativă de cercetarea cantitativă în psihologie.

Metoda utilizată a fost analiza unor articole de specialitate din jurnalele din domeniul consilierii și psihoterapiei.

Direcțiile după care s-a realizat analiza sunt: fundamentele filosofice ale cercetării, designul cercetării, validitatea, metodele de cercetare, analiza și interpretarea datelor.

Dezbaterile dintre cantitativ și calitativ este susținută de câțiva factori care sunt în principal subliniați de asumțiile filosofice și metodologice și de metodele de cercetare. Unii autori accentuează incompatibilitatea dintre abordarea cantitativă și calitativă, argumentul de bază fiind paradigmele meta-teoretice atât de diferite și care pot distruge fundamentele filosofice ale celor două abordări (Omar Gelo, Diana Braakmann, Gerhard Benetka, 2008, p.267-278).

Investigația științifică poate să fie caracterizată de un set de asumții filosofice și meta-teoretice ale naturii realității (ontologia); cunoașterea (epistemologia); principiile care guvernează investigația științifică (metodologia) și problemele generate de tehnicile folosite pentru implementarea studiului (metodele de cercetare).

*Fundamentele filosofice* – toți cercetătorii au nevoie de o fundamentare filosofică, de paradigme științifice. Aceste puncte de vedere asupra lumii implică cum vedem lumea ca cercetători și atunci cum gândim despre cercetare și cum o vom desfășura. Paradigmele științifice conțin un set de credințe de bază care

ghidează cercetarea (Guba și Lincoln 2005). Cu privire la abordările cantitative și calitative de cercetare au fost identificate trei puncte de vedere: obiectivismul (realitatea există independent de conștiință); subiectivismul (experiența subiectivă este fundamentală oricărui proces de cunoaștere) și constructivismul (cunoașterea este o construcție rezultată din interacțiunea dintre indivizi și lumea lor socială). Diferența dintre modalitățile de a privi lumea și paradigmele care ghidează cercetarea calitativă și cantitativă sunt reflectate în diferitele concepții despre natura realității (ontologia) și cunoaștere (epistemologia). Paradigma cantitativă vede realitatea ca singulară și tangibilă, unde cunoscătorul și cunoscutul sunt considerați ca separați relativ și independenți. Paradigma calitativă vede realitatea ca multiplă, psihologică iar între cunoscător și cunoscut sunt interacțiuni, legături permanente.

Abordarea calitativă, apărută ca alternativă la dominarea cercetării sociale și psihologice, a mers înapoi la tradiția filosofică a fenomenologiei, hermeneuticii și a simbolismului interacționist.

*Metodologia* se referă la principiile care guvernează activitatea de cercetare și reprezintă un set de reguli, principii, condiții formale necesare pentru creșterea cunoașterii noastre asupra fenomenelor studiate. Mai specific, metodologia ce fel de relație există între observarea, ipotezele, teoria cercetătorului și metodele de cercetare. Abordarea cantitativă adoptă o metodologie nomotetică, iar abordarea calitativă o metodologie idiografică. Atributele abordării cantitative sunt: nomotetică, extensivă, generalizatoare, predictivă, deductivă, testează ipoteze, verifică, experimentală, qvasi-experimentală, corelațională, corelațional-comparativă, validitate internă, concluzii validate statistic, validitate de construct, validitate cauzală, validitate externă. Atributele abordării calitative sunt: idiografică, intensivă, individualizantă, comprehensivă, interpretare, contextualizare, inducție, generarea ipotezelor, descoperirea orientată, studiul de caz narativ, analiza discursului, analiza conversațională, focus-grup, teoria de bază, etnografia, validitate internă, validitate descriptivă, validitate interpretativă, validitate explanatorie, generalizabilitate, transferabilitate.

*Designul cercetării* este un plan de acțiune sau de structură care leagă fundamentele filosofice și asumțiile metodologice ale cercetării pentru ca cercetarea să devină credibilă și legitimă. În cercetarea cantitativă designul cercetării include experimentul (manipularea directă a variabilei independente și un control riguros al variabilelor externe) și designul non-experimental (include designul: corelațional, comparativ corelațional, comparativ-corelațional-causal și ex-post-facto).

În cercetarea calitativă se utilizează designul naturalistic (Denzin and Lincoln 2005; Silverman 2004), în care fenomenul supus studiului este investigat în context natural deci o mică structurare a contextului în care se observă. Contextul natural este considerat esențial pentru înțelegerea în adâncime a fenomenului supus investigației. Designul natural include următoarele designuri:



- studiul de caz, care implică o examinare longitudinală în adâncime a unei singure instanțe sau a unui singur eveniment;
- discursul sau conversația analitică centrată pe limbă ca mediu de interacțiune;
- focus- grup care analizează emergența problemelor și a temelor de la grupul de discuție focusat pe o temă specifică;
- teoria de bază unde câmpul de date generează teoria;
- etnografia care permite o analiză în adâncime și o interpretare a credințelor, patternurilor, expectanțelor, comportamentelor.

**Validitatea** se referă la nivelul de măsurabilitate și legitimitate când se adună datele, se analizează și se interpretează (Onwuegbuzie and Teddlie 2003, apud Omar Gelo, Diana Braakmann, Gerhard Benetka, 2008) și delimităm atât în cadrul cercetării cantitative cât și calitative, validitatea internă și generabilitatea (Maxwell and Loomis, 2003), care sunt însă conceptualizate diferit în cele două abordări menționate. Astfel, în cercetarea cantitativă, Cook and Campbell (1979) identifică pentru validitatea internă:

- a. concluzii validate statistic, validitatea care derivă de la un eșantion simplu;
- b. validitatea de construct, validitatea implicată de constructele teoretice;
- c. validitate cauzală, validitatea cauzei-efect a relației dintre variabilele observate.

Validitatea externă în cercetarea cantitativă este definită ca o extindere generalizată a rezultatelor studiului pentru restul populației.

În cercetarea calitativă (Maxwell, 1992, apud Omar Gelo, Diana Braakmann, Gerhard Benetka, 2008) identifică patru categorii de validitate:

- d. validitate decriptivă, validitatea descrierii stărilor și a evenimentelor;
- e. validitate interpretativă, validitatea stărilor aduse și manifestate de participanți;
- f. validitate explanatorie, validitatea proceselor cauzale și relaționale, incluzând validitate de construct precum și validitatea cauzală;
- generalizabilitate, extinderea pe care cercetătorul o poate face la populația generală de la un caz particular, în alt timp, context.

**Metodele de cercetare** sunt implementate diferit de designurile adoptate și se referă la procedurile și tehnicile adoptate în colectarea, interpretarea și analiza datelor.

**Eșantionarea**. Cercetarea cantitativă are în vedere eșantioane reprezentative de participanți, astfel încât rezultatele se pot generaliza la majoritatea populației. Cercetătorii cantitativi recurg atât la probabilistic (fiecare membru al populației are aceeași probabilitate de a fi inclus în eșantion) și ipotetic (Omar Gelo, Diana Braakmann, Gerhard Benetka, 2008, p. 274-275). Dintre cele mai adoptate strategii de eșantionare sunt:

- g. eșantionare simplă randomizată, fiecare membru din populație are șanse egale de a fi inclus în eșantion;
- h. eșantionare sistemic randomizată, care implică selectarea fiecăruia individ din țarghetul populației pornind de la o listă randomizată;

i. eșantionare stratificată randomizată, care se obține din separarea populației în grupe astfel încât fiecare element aparține la un singur grup și de aici se selectează un eșantion randomizat;

j. eșantion claster;

k. eșantionul comod, este o eșantionare des folosită în cercetarea cantitativă în care se accentuează elementele selectate de la o subpopulație în acord cu interesul cercetătorului.

Cercetarea calitativă utilizează aproape exclusiv strategii simple de eșantionare:

l. eșantionul comod;

m. cazurile omogene de eșantionare, se selectează elemente de la un subgrup și se studiază în adâncime;

n. eșantionul snowball, se utilizează informații necesare pentru identificarea acelor cazuri care se pot include în studiu;

o. cazul extrem deviant, se caută cele mai tipice cazuri sau cazuri de mijoc din populație.

**Colectarea datelor**. Datele se pot colecta direct de la subiecții care constituie eșantionul (date primare) sau indirect de la documentele oficiale, precum datele din arhive (date secundare).

În cercetarea cantitativă, datele relevante sunt cele colectate prin utilizarea testelor și mai înainte de aplicarea acestora, se formulează ipotezele. Ca metode pentru colectarea datelor în cercetarea cantitativă se utilizează:

p. testele sau chestionarele standardizate, care evaluează performanțele, atitudinile, personalitatea, self-perception;

q. interviurile structurate, intervievatorul citește și predefinește întrebările iar intervievatul răspunde, relatează despre fenomenul investigat, răspunsurile sale fiind înregistrate;

r. closed-ended observational protocols, se clasifică comportamentele prin utilizarea unor categorii predefinite;

s. documentele oficiale reprezentate de înregistrările financiare, recensământ etc.

În cercetarea calitativă datele sunt colectate pentru a permite o analiză în adâncime a înțelegerii perspectivei participanților, procedurile de colectare a datelor sunt mult mai puțin standardizate decât în cercetarea cantitativă. Pentru colectarea datelor în cercetarea calitativă se utilizează:

t. interviurile închis-deschise, se investighează perspectiva subiecților referitoare la un set de topici predefinite. Aici se include abordarea interviului ghidat

interview guide approach și standardized open-ended interview, care corespund la interviul semi-structurat;

u. focus groups, se constituie grupuri de discuții focusate pe probleme specifice;

v. protocoale de observare naturaliste, care permit observarea unor evenimente specifice;

w. analiza documentelor personale (înregistrări video, fotografii);

**Analiza datelor** se adresează ipotezelor cercetării și întrebărilor cercetării.

În cercetarea cantitativă, cercetătorul analizează datele pentru a testa ipotezele. Obiectivul este să se găsească dacă relația dintre variabilele observate în unul sau mai multe grupuri sunt semnificative sau nu, dacă se pot



generaliza la restul populației sau nu. Alegerea unui test statistic pentru testarea ipotezelor este bazat pe tipul întrebărilor adresate (se compară grupele, se relatează variabilele), pe felul scalelor, a testelor utilizate pentru măsurarea variabilelor (nominale, ordinale, interval) și pe distribuția populației (normal, gausseană sau non-distribuție normală). La final, rezultatele analizei sunt prezentate și sumarizate statistic, se utilizează tabele.

În cercetarea calitativă se descriu anterior modalitățile de colectare a datelor, și ulterior se analizează transcripțiile, memosurile, notele adunate din câmp etc. Cercetătorul mai întâi divide textul și îl analizează pe bucăți, pe propoziții, fraze, pasaje, urmează etichetarea și utilizarea termenilor exacți utilizați de participanți. În acord cu similaritățile observate și cu diferențele dintre etichetările unităților de text, grupele de cercetători etichetează împreună temele sau conținuturile categoriilor. Temele emergente sunt atunci re-etichetate, prin utilizarea unui limbaj apropiat de limbajul cercetării și de teoria de referință. În final temele sunt interrelaționate unele cu altele și abstractizate în interiorul unui nou set de teme care se vor reeticheta. Procedura permite atingerea unui nivel înalt de abstractizare în descrierea temelor și identificarea constituenților din datele culese și analizate. Atunci se vor prezenta datele, se generează discuții la prezentarea datelor pentru a genera noi perspective. Se utilizează hărți, tabele pentru prezentarea rezultatelor.

*Interpretarea datelor* se referă la configurarea rezultatelor obținute.

În cercetarea cantitativă, interpretarea datelor presupune a da sens rezultatelor cu referire la ipotezele teoriei adoptate prin inferențe deductive.

În cercetarea calitativă interpretarea datelor se realizează prin procedee inductive de a crea explicații consistente, cu sens, recadrări conceptuale, observații sistematice ale fenomenelor. Se obțin astfel rezultate cu referire la contextul particular și specific al studiului. Procesul de contextualizare este necesar să se adreseze problemei validității interne (descriptivă, interpretativă, explanatorie).

De asemenea, este important să delimităm între abordarea cercetării cunoașterii în context și modelul scientist – practitioner, frecvent citat în consiliere și psihoterapie (John McLeod, 1999). Perspectiva cunoașterii în context încorporează un punct de vedere mai larg al cercetării, cu centrarea pe diferite abordări ale cercetării și solicită nu doar considerațiile din punct

de vedere social și organizațional în cercetare dar și responsabilitatea și reflectivitatea cercetătorului.

Noțiunea de scientist-practitioner a apărut în 1950 în SUA în urma unor discuții care au condus la apariția profesiei de psiholog clinician. Conferințele care s-au organizat au adus în prim plan discuțiile dintre psihologii clinicieni și academicieni. Conceptul de scientist-practitioner este agreat de abordarea cognitiv-comportamentală.

#### 4. REZULTATE

Cercetarea calitativă și cantitativă pentru practicieni constituie încă o provocare, fiind percepută cu o anume reticiență. Trainingurile de formare în consiliere și psihoterapie chiar dacă prevăd modele pentru cercetare nu reușesc să stimuleze practicienii pentru a avea inițiativa realizării unor designuri experimentale de cercetare.

Poate încă predomină presiunea cercetării cantitative. Propunerea este de a prezenta în cadrul formării modele de intervenție calitative la cursanți și de a-i stimula ulterior să demareze singuri cercetări.

#### 5. BIBLIOGRAFIE

- Cook, T. D., Campbell, D. T. (1979) *Quasi experimentation: Designs and analysis issues for field settings*. Boston: Houghton Mifflin.
- Denzin, N. K., Lincoln, S. L. (Eds.). (2005) *The Sage handbook of qualitative research* (3rd ed). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Gelo O., Braakmann D, Benetka G, (2008) *Quantitative and Qualitative Research: Beyond the Debate, Integration Psychology Behavioral* 42:266–290.
- Maxwell, J. A., Loomis, D. M. (2003). Mixed methods design: An alternative approach. In A. Tashakkori, & C. Teddlie (Eds.), *Handbook of mixed methods in social and behavioral research*. Thousand Oaks, CA: Sage
- McLeod, J. (1999a) *Practitioner Research in Counselling*. London: Sage.
- McLeod, J. (1999b) *Counselling as a social process, Counselling*, 10: 217-22
- Onwuegbuzie, A. J., & Teddlie, C. (2003). A framework for analyzing data in mixed methods research. In A. Tashakkori, & C. Teddlie (Eds.), *Handbook of mixed methods in social and behavioral research* (pp. 351–383). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Silverman, D. (2004) *Qualitative research: Theory, method and practice* (2nd ed.). London: Sage.



## ABORDARE ISTORICĂ A CERCETĂRII CALITATIVE ÎN CONSILIERE ȘI PSIHOTERAPIE

LOREDANA DROBOT

Universitatea "Eftimie Murgu" din Reșița, loredana\_drobot@yahoo.com

**ABSTRACT:** Qualitative research has drawn the interest of researchers and has developed through the publication of articles, journals and books. Denzin and Lincoln (2005) have synthesized the periods of development of qualitative research and the qualitative research I counselling and psychotherapy has been expanding since 1940.

The purpose of the paper is the documentation of the validity of research offered by some papers and works of interest in qualitative research. The method used was the analysis of a number of articles of reference from international journals specialized in counselling and psychotherapy. The analysis was centred upon: the criteria that guides qualitative research; the obstacles met by the counsellor, therapist in the pursuit of the research and the presentation of the types of validities in qualitative research.

**Key words:** qualitative research, quantitative, research model scientist-practitioner.

### 1. INTRODUCERE

Cercetarea calitativă și-a stabilit istoria în variate câmpuri din social, cum ar fi antropologia, istoria, educația, sociologia și psihologia. Încă și acum potențialul pentru interdisciplinaritate al cercetării calitative nu a fost dezvoltat în totalitate.

Cercetarea calitativă descrie și clarifică experiența umană care apare în viețile oamenilor (Polkinghorne, 2005, p.137). Astfel este un efort de a înțelege, aprecia, descrie și portretiza procesele prin care oamenii se referă la comportamentele lor.

În cercetarea calitativă nu se observă pasiv, dimpotrivă se utilizează o explorare activă (Heppner, Kivlighan, & Wampold, 1999). Sursele cercetării calitative include interviurile, focus-grup, observațiile, documentele artefactele de la multiple alte abordări (Morrow, & Smith, 1995; Polkinghorne, 2005; Swagler & Ellis, 2003).

### 2. ASPECTE TEORETICE

Studiile de cercetare calitativă au proliferat în aparițiile jurnalelor de specialitate din consiliere și psihoterapie, mai ales din anii 1990 și prima parte a secolului 21. De asemenea un rol major au avut și capitolele de cărți din ultimul timp.

Analiza calitativă cunoaște mai multe forme de realizare, forme care vor fi prezentate. Diversitatea formelor sale se explică prin faptul că doar o singură știință nu poate explica realitatea. Denzin și Lincoln (2005) au sintetizat cele mai importante perioade din cercetarea calitativă:

a. Perioada tradițională - începe din anul 1900 și se continuă până în anul 1940, iar studiile cele mai multe sunt antropologice asupra triburilor. Cercetătorii credeau că ajung la adevăr prin aplicarea unor chestionare subiecților.

b. Faza modernistă - începe din anul 1940 și se continuă până în anul 1970, ea reflectă încercările cercetătorilor de a formaliza metodologia prin publicarea de texte referitoare la tehnici și metodologie. Unul din scopurile publicării textelor era de a

demonstra că cercetarea calitativă este tot atât de validă precum cercetarea cantitativă.

c. Momentul genurilor mixate. Până în anul 1986 cercetarea se baza pe diferite paradigme, metode, strategii și tehnici. De exemplu, Geertz a produs o serie de discursuri interpretative care au amestecat științele umaniste cu științele sociale.

d. Criza reprezentării - a apărut pe la mijlocul anilor 1980 și este consecința etapei anterioare, care a determinat un nihilism metodologic. Cercetătorii nu puteau să abordeze un domeniu aparte, nu puteau valida descoperirile și nici nota numărul textelor produse. Ca rezultate s-au obținut noi forme de reprezentări ca poeziile, imaginile, dialogurile și drama.

e. Momentul al cincilea - se caracterizează printr-o activitate orientată spre acțiune, politică, pluralism. Autorii menționați, Denzin și Lincoln, pot fi considerați predecesorii acestui curent prin publicarea unui manual. Cadrul pe care l-au creat se poate aplica și în consiliere, psihoterapie. De exemplu, etapa tradițională în cercetarea calitativă în terapie se baza pe activitatea scriitorilor, a studiilor de caz. A doua etapă în dezvoltarea cercetării calitative este reprezentată tot în mediul terapeutic, dar cu formularea clară a obiectivelor, cum ar fi: analiza procesului comprehensiv a lui Robert Elliot, metoda fenomenologică etc. Cercetarea calitativă în terapie se pare că nu a depășit încă faza modernistă din cauza dominației medicale și psihologice, a impactului descoperirilor din educație, protecție socială, impact care a fost unul lent. În schimb, practica psihodinamică a cunoscut o dezvoltare prin publicarea studiilor de caz de către clinicieni. Amestecul genurilor și criza reprezentării nu au afectat încă domeniul terapiei, dar se presupune că și aceste etape vor apărea într-un viitor apropiat.

### 3. METODOLOGIA CERCETĂRII

Scopul lucrării este de realiza o incursiune de documentare referitoare la validitatea cercetării oferită de unele lucrări de referință din domeniul cercetării calitative.

Metoda utilizată a fost analiza unor articole de referință din jurnalele de consiliere și psihoterapie internaționale.



Direcțiile de analiză au fost centrate pe: validitatea cercetării calitative și criteriile care ghidează cercetarea calitativă.

### Dezvoltarea istorică în cercetarea calitativă din consiliere și psihoterapie

Interesul terapeutilui nu este unul accidental în privința cercetării calitative, fiind determinat de diferitele metode de explorare ale practicii, deoarece și practica este în continuă schimbare. Chiar dacă psihoterapia există încă din 1890, principala sa expansiune a avut loc între anii 1940-1970, când s-au creat principalele asociații profesionale și, concomitent, grupurile instituționale au continuat să demonstreze legitimitatea activității profesionale. Pe parcurs, psihoterapia a fost divizată în diferite abordări. Orice tip de cercetare se consideră a fi o încercare de a crea o legătură între verificare și descoperire; motivația cercetătorului se referă la dorința de a demonstra adevărul și de a genera noi descoperiri sau adevăruri. Deși atât verificarea, cât și descoperirea sunt prezente, accentul se pune pe oricare din cele două în funcție de scopul investigației. În domeniul terapiei sunt cel puțin trei motive pentru care cercetarea de verificare domină cercetarea orientată spre descoperire:

- cercetarea de verificare este o strategie eficientă de a stabili legitimitatea;
- disciplinele academice din cercetarea terapiei au fost dominate de testarea ipotezelor și de cercetarea experimentală;
- majoritatea terapeuților au participat la traininguri care nu-i motivează pentru cercetare. Consilierii și terapeuții nu sunt învățați să realizeze cercetare și nici nu se așteaptă ca cercetarea să-i ajute la ceva. Această realitate se întâlnește, din păcate, și la noi, în România. Cultura actuală a stimulat lumea terapeuților spre cercetare, dar cele peste 1000 de studii controlate asupra eficacității terapiei nu au convins că terapia funcționează. Rigiditatea divizării din cadrul terapeutic, între școli, și alte abordări se dizolvă treptat și se migrează spre o abordare integrativă. Denzin și Lincoln (1994) oferă o imagine de ansamblu asupra cercetării calitative din anii 1990 prin cartea „Manualul cercetării calitative”. Numărul redus de publicații arată că sunt unele probleme asociate cu cercetarea din psihoterapie, obstacole care se pot clasifica în două categorii:
- probleme practice ale vieții cotidiene, care-i împiedică pe terapeuți să realizeze cercetarea calitativă;
- probleme de bază legate de determinarea semnificației sociale și instituționale a cercetării calitative. Cercetarea calitativă a fost la noi în țară apanajul sociologiei, prin metoda monografică. Institutele de sociologie, prin studiile publicate în perioada interbelică, au insistat pe metodele calitative, dar în psihoterapie și consiliere au predominat traducerile sau lucrările redactate într-un limbaj strict de specialitate, deloc atrăgător pentru un practician. O enumerare succintă a principalelor dificultăți care împiedică cercetarea calitativă ar fi:
- Colectarea datelor de la clienți sau pacienți. De exemplu, prin interviuri, se poate percepe de către client ca fiind metode intruzive, dificile și puse sub semnul întrebării, din punct de vedere etic. Publicarea,

raportarea unor povești spuse de client compromise confidențialitatea. Personal, cer permisiunea clienților de a nota unele informații. O asemenea contractare o realizez de la prima ședință de terapie, anunț și cer permisiunea clientului nu doar pentru a nota, ci și pentru a înregistra ședințele. Unii clienți sunt de acord, alții sunt mai reticenți și atunci renunț la înregistrarea ședinței de terapie;

- terapeuții care realizează cercetare, fie calitativă, fie cantitativă, au frecventat traininguri care au promovat statistica și, din nefericire, mai puțin metodele calitative;
  - redactarea unor texte necesită mult timp, criticii nu sunt obișnuiți cu asemenea texte și nu apreciază corect textele scrise. Lumea academică încă este încântată de studiile cantitative, încărcate de cifre, tabele, diagrame și histogramme. Azi există numeroase programe informatice de prelucrare a datelor atât calitative, cât și cantitative;
  - terapeutul care face cercetare calitativă trebuie să aibă o bază filosofică, antropologică, sociologică. O asemenea fundamentare filosofică necesită timp, răbdare, experiență, dorință și dăruire din partea cercetătorului;
  - cercetarea terapeutică a fost dominată de succesul terapeutic, iar metodele calitative par să nu se potrivească acestui rezultat. Prin cercetarea calitativă un specialist află și cum nu trebuie procedat, pentru a evita erorile, nepermise, din munca sa. De asemenea, trebuie curaj din partea terapeutilui să scrie despre asemenea procese, fără teama de a fi criticat de comunitatea științifică. Un terapeut care își recunoaște greșelile și face tot ce poate pentru a le evita pe viitor este cu siguranță un terapeut mai bun pentru următorul client. Cercetarea terapeutică introduce un set diferit de relații între terapie, societate și cunoaștere. Perioada 1960-1980, pe plan mondial, a fost foarte productivă pentru studiile publicate și a fost caracterizată și motivată de presiunile sociale pentru a introduce, consolida, legitima și verifica rolul psihoterapiei în societate. O cercetare calitativă bună este intrinsec orientată spre descoperire și critică. Creșterea sofisticării metodologice și a diversității din cercetarea calitativă a determinat publicarea unor articole, studii semnificative despre unele probleme de interes major.
- Una din limitările modelului scientist-practitioner este că expune o abordare științifică convențională și este nevoită să adopte o poziție de neutralitate în legătură cu problema respectivă. Valorile de bază în modelul scientist-practitioner sunt raționalitatea, obiectivitatea și rigoarea. Pasiunea, interesul parțial al cercetătorului se presupune a fi îngăduit, ținut sub control, se evită introducerea biasării subiectivității în procesul de colectare și de analiză a datelor. Orice consilier sau psihoterapeut trebuie să-și fixeze granița dintre aspectele raționale ale cunoașterii și experienței umane, pe de o parte, și aspectele emoționale și interpersonale, pe de altă parte. Tot ceea ce facem, chiar și în rolul de cercetător, este o formă a punctului nostru de vedere, a motivațiilor, atașamentelor, a sensului dat pentru selfului nostru. Din perspectiva terapeutilui, alegerea de a deveni cercetător sau alegerea metodelor de



cercetare sunt consecința unor factori care au acționat în istoria noastră personală (John McLeod, 1999).

O abordare de cercetare care poate fi utilă consilierilor și terapeuților este heuristic inquiry model dezvoltat de Moustakas (1967, 1990 a, b apud John McLeod, 1999). Moustakas menționează că procesul de cercetare este asemenea unei călătorii personale; se produce o imersiune în întrebarea fundamentală de cercetare și care conduce la alte întrebări pe care cercetătorul și le adresează, la o angajare într-o disciplină pentru realizarea angajamentelor asumate până se realizează iluminarea. Mergând pe firul iluminării alte noi insighturi apar și acestea trebuie să fie verificate uneori împotriva observațiilor externe. Astfel, se obține o nouă sinteză în nivelul de înțelegere al problemei abordate. Considerăm utilă aprofundarea noțiunii de validitate în cele ce urmează.

Problema validității în practica cercetării este una fundamentală. Tradiția cercetării cantitative se bazează pe un număr mare de statistici și pe precizarea tehnicilor care estimează validitatea măsurătorilor dacă pot fi sau nu generalizate. Cercetarea calitativă, care se bazează pe analiza celor scrise sau pe măsurătorile făcute asupra cuvintelor din comunicarea verbală, din punct de vedere al validității este într-un proces de dezvoltare.

Criteriile care ghidează practica cercetării sunt:

- cercetarea să ofere suficiente detalii descriptive despre clienți, consilieri, abordarea consilierii, contextul social și politic, cititorii să poată realiza evaluări despre similaritățile din viața lor și rezultatele studiului și aplicabilitatea studiilor în viața lor de zi cu zi;

- o bună cercetare practică va oferi suficiente informații despre angajarea personală a cercetătorului în studiu, despre procesul euristic, astfel încât cititorul să fie capabil să aprecieze autenticitatea studiului și integritatea cercetătorului.

Primul dintre cele două criterii este denumit validitate ecologică, descriptivă și este utilizată în cercetarea experimentală; un studiu bun depinde de mai ales de acuratețea și de descrierea senzitivă a fenomenului investigat. Al doilea criteriu este denumit validitate personală și reflectă credibilitate și credința în cercetător. Noțiunea de validitate personală este percepută cu repulsie de mulți academicieni și cercetători care își manifestă cu tărie aderența la un set de proceduri raționale. Validitatea și încrederea se referă la autenticitatea și consistența datelor culese. Una dintre problemele majore care pot să apară este cu referire la legătura dintre metodă și investigație, denumită validitate internă și relația dintre concluziile studiului și lumea externă, denumită validitate externă. Noțiunea de validitate este caracteristică paradigmei pozitivistă. Ca o alternativă, în interiorul contextului gândirii postmoderniste (postpozitivism, interpretare-constructivistă, paradigma teoriei critice) toate experiențele sunt percepute ca fiind bazate pe realitatea socială. Cercetarea calitativă implică multe standarde ale calității, ca validitate, rigoare, încredere, corectitudine, autenticitate și credibilitate (Morrow, 2005). Paradigma cercetării calitative menționează următoarele tipuri de validități (apud Christine J. Yeh; Arpana G. Inman, 2007, p. 386-389) sunt:

- subiectivitatea și self-reflexivitatea. Una din îngrijorările majore identificate în contextul tuturor paradigmelor cercetării calitative este biasarea datelor culese și interpretarea lor de cercetător. Ca strategie folosită împotriva biasării datelor este self-reflexivitatea (Rennie, 2004). O altă strategie utilizată este triangularea utilizată în diverse metodologii. Auditorul tinde să ofere o alternativă la datele culese de investigator (Denzin, 1978);

- credibilitate și adecvarea datelor. Elementul de calitate se referă la acuratețea și la completitudinea datelor culese, aspecte menționate de postpozitivism și de paradigmele interpretativ-construcționiste. Adesea, credibilitatea și adecvarea datelor au fost bazate pe măsurători simple cu calitative poziționate pe ranguri de la 3 până la 100 de transcripturi. Se cunoaște că validitatea studiilor din cercetarea calitativă depinde de calitatea și adâncimea interviurilor realizate.

Astfel, Denzin (1978) după cum s-a menționat anterior a dezvoltat triangularea datelor utilizată în metode ca etnografia, fenomenologia, studiile de caz și include surse de informații ca interviurile, jurnalele self-reflexive, observațiile participanților și alte informații care pot să aducă o multidimensionalitate a datelor culese. Strategiile menționate reduc riscul biasării datelor culese și fără o integrare adecvată a diferitelor surse și o înțelegere în adâncime a contextului experiențele participanților pot să fie alterate,

- interpretarea datelor. Adecvarea datelor culese la realitatea participanților aduce în prim plan evitarea sau alterarea răspunsurilor participanților de cercetător. Se recomandă o balanță între cuvintele participanților și interpretările cercetătorului. Un element important în interpretarea datelor este utilizarea datelor statistice sau a rezultatelor numerice utilizate în interpretarea și interpretarea datelor. Identificarea fenomenelor ca rare, variate sau tipice ori utilizarea evenimentelor frecvente permit cercetătorului să discute cantitativ despre evidența datelor care reflectă concluzii particulare.

Cercetarea calitativă este apropiată de răspunsul la întrebarea „Cum?” sau „Ce?” și opusă lui „De ce?”. Qualitative inquiry este descrisă ca un studiu „experiential life of people” (Polkinghorne, 2005, p.138). În concepția lui Polkinghorne (2005, p.138, apud Susan L. Morrow 2007) un prim scop al cercetării al cercetării calitative este de a „list o describe and clarify experience as it is lived and constituted in awareness”. Cercetătorul este capabil să spiciească din adâncimea experienței umane, ceea ce nu este observabil pentru celălalt și ceea ce nu poate fi adunat, colectat prin sondaje sau prin alte metode de adunare a datelor.

#### 4. REZULTATE

Metodele calitative sunt utile pentru explorarea variabilelor ce nu se identifică ușor precum și pentru a identifica problemele contradictorii care apar în diverse câmpuri sociale, atunci când teoria nu poate explica fenomenul. designul cercetării facilitează procesul de construire al teoriei. Pe când metodele cantitative permit cercetătorului să aducă o mare înțelegere a fenomenului, abordările calitative permit cercetarea în interiorul procesului complex și ilustrează multe fațete



ale fenomenului uman. Un motiv pentru a selecta un design calitativ îl reprezintă interesul audienței pentru abordarea narativă sau prezentarea studiilor de caz. Din această perspectivă, consilierii practicieni se simt mai congruenți cu Qualitative inquiry și cu perspectiva narativă.

## 5. BIBLIOGRAFIE

- Bernard, H. R. (2002). *Research methods in anthropology: Qualitative and quantitative approaches* (3rd ed.). Walnut Creek, CA: Alta Mira.
- Creswell, J. (1998) *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Creswell, J. (2002) *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage
- Denzin, N. K. (1978) The research act: A theoretical introduction to sociological methods (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Denzin, N. K., Lincoln, S. L. (Eds.). (2005) The Sage handbook of qualitative research (3rd ed). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Fassinger, R. E. (2005). Paradigms, praxis, problems, and promise: Grounded theory in counselling psychology research. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 156-166.
- Fine, M., Torre, M. E., Boudin, K., Bowen, I., Clark, J., Hylton, D., et al. (2002). Participatory action research: From within and beyond prison bars. In P. M. Camic, J. E. Rhodes, & L. Yardley (Eds.), *Qualitative research in psychology: Expanding perspectives in methodology and design* (pp. 173-198). Washington, DC: American Psychological Association.
- Heppner, P. P., Kivlighan, D. M., Wampold, B. E. (1999) *Research design in counselling* (2nd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole
- Hill, C. E., Knox, S., Thompson, B. J., Williams, E. N., Hess, S. A., Ladany, N. (2005) Consensual qualitative research: An update. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 196-205.
- Hill, C. E., Thompson, B. J., Nutt-Williams, E. (1997) A guide for conducting consensual qualitative research. *The Counseling Psychologist*, 25, 517-572.
- Kidd, S. A., Kral, M. J. (2005). Practicing participatory action research. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 187-195.
- Mahrer, A. R. (1988). Discovery-oriented psychotherapy research: Rational, aims, and methods. *American Psychologist*, 43, 694-702.
- Mahrer, A. R., Boulet, D. B. (1999). How to do discovery-oriented psychotherapy research. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1481-1493.
- McCracken, G. (1988). *The long interview: Quantitative research methods* (Vol. 13). New Delhi, India: Sage.
- McLeod, J. (1999a) *Practitioner Research in Counselling*. London: Sage.
- McLeod, J. (1999b) Counselling as a social process, *Counselling*, 10: 217-22. *Qualitative Psychotherapy Research: Methods and Methodology*. Berlin: Pabst.
- Merriam, S. B. (1988). *Case study research in education: A qualitative approach*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Morrow, S. L., (2007) Conceptual Foundations of Qualitative Research in *The Counseling Psychologist*. Pp 209-235.
- Morrow, S. L., Smith, M. L. (1995). Constructions of survival and coping by women who have survived childhood sexual abuse. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 24-33.
- Moustakas, C. E. (1967) Heuristic research, in J. Bugental (ed.), *Challenges of Humanistic Psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Moustakas, C. E. (1990a) *Heuristic Research: Design, Methodology and Applications*. Thousand Oask, CA: Sage.
- Moustakas, C. E. (1990b) Heuristic Research, design and methodology, *Person - Centered Review*, 5: 170 - 90.
- Moustakas, C. E. (1994). *Phenomenological research methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Polkinghorne, D. E. (1989) Phenomenological research methods. In R. S. Balle & S. Halling (Eds.), *Existential-phenomenological perspectives in psychology: Exploring the breadth of human experience* (pp. 41-60). New York: Plenum Press.
- Polkinghorne, D.E. (2005) Language and meaning: Data collection in qualitative research. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 137-145.
- Stake, R. E. (1995) *The art of case study research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Strauss, A., Corbin, J. (1990) *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: Sage.
- Suzuki, L. A., Ahluwalia, M. K., Mattis, J. S., Quizon, C. A. (2005) Ethnography in counselling psychology research: Possibilities for application. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 206-214.
- Swagler, M. A., Ellis, M. V. (2003) Crossing the distance: Adjustment of Taiwanese graduate students in the United States. *Journal of Counseling Psychology*, 50: 420-437.
- Yeh J. C; Arpana G. Inman (2007) *Qualitative Data Analysis and Interpretation in Counseling Psychology: Strategies for Best Practices the Counseling Psychologist*, Vol. 35, No. 3, May 369-403



## METODOLOGIA CONSTRUIRII UNOR PROBE DE TESTARE PSIHOLOGICA

MIHAI VALENTIN CIOLACU

Universitatea București, ciolacu.mihai88@yahoo.com

**ABSTRACT:** In this article we focus on the details about the methodology of constructing samples for psychological testing that are aimed at testing memory, attention, vigilance, reaction time, the ability of recognition of specific stimuli. The participants are students in psychology (day and distance learning) and adults with a driver's license; the whole group is aged between 18-55 years. The subject of this study is forming circumstantial evidence on traffic situations filmed at night and during the day, in the city and outside it. The formed samples are used in pilot studies, the coefficient of internal consistency (alpha crumbach) is calculated and the items that do not comply are eliminated. To validate the test samples formed at a specific criteria, a model of concurrent validation is performed with the help of the participants with a driver's license, so we could note the recorded performances. Next step is the standardization of the samples.

**Keywords:** methodology, psychological testing, situational tests, memory, attention, reaction time.

### 1. INTRODUCERE

Înșușirile necesare conducătorului auto nu se pot reduce la un anumit număr de componente psihice izolate; acestea trebuie să poarte pecetea unei depline adecvări între solicitările activității și structura de ansamblu a personalității.

Conducerea unui autovehicul în interiorul rețelei rutiere este o activitate complexă, care presupune corelarea într-un sistem unitar a unui număr mare de componente psihologice ale individului uman. Structura și desfășurarea ei se subordonează însă unei anumite scheme logice, care facilitează operația de analiză. În cadrul acestei scheme delimităm următoarele secvențe principale:

1. recoltarea și prelucrarea informațiilor;
2. elaborarea și luarea deciziilor;
3. execuția operațiilor de reglare a autovehiculului;
4. înregistrarea și evaluarea efectelor operațiilor executate;
5. formularea obiectivelor și modalităților de optimizare.

La baza conducerii corecte a autovehiculului stă o gamă largă de semnale, care furnizează informații cu semnificații diferite. În detectarea și recepționarea acestor semnale sunt antrenate aproape toate aparatele senzoriale ale omului: vizual, auditiv, tactil-kinestezic, olfactiv. După natura surselor de la care provin, semnalele cu care are de-a face conducătorul auto se pot împărți în 3 categorii:

- a) semnale de la autovehicul;
  - b) semnale de la rută și ambianță;
  - c) semnale de la „obiectele” aflate în trafic;
- fiecare din aceste trei categorii putând deveni primordială într-o situație sau alta. De aceea, din punct de vedere psihologic, se cere ca toate să fie detectate, înregistrate și decodificate în timp util.
- a) Semnalele de la autovehicul solicită cu precădere analizatorii vizual, auditiv și tactil-kinestezic. Astfel, semnalele vizuale (stimuli vizuali) furnizează date despre viteza de deplasare, despre starea combustibilului și lubrifiantilor, despre temperatura motorului. Informația cea mai importantă care se cere a

fi menținută permanent sub control este cea furnizată de vitezometru. Semnalele auditive vin cu precădere de la motor – detectarea și mai ales interpretarea lor corectă au o mai mare importanță în prevenirea unor defecțiuni tehnice ale autovehiculului, care ar putea pricinui producerea unor pene sau accidente. Semnalele tactil-kinestezice sunt determinate de contactul direct al mâinilor și picioarelor cu principalele elemente prin care conducătorul transmite comenzile și acționează direct asupra mașinii. Nu se poate concepe desfășurarea optimă, în timpul conducerii, a manipulării volanului, manetei de semnalizare, pedalelor, etc. fără integrarea normală a informațiilor tactil-kinestezice despre rezistența pe care o opun aceste elemente, despre pozițiile și forma lor.

Scăderea sensibilității tactile a mâinilor sub o anumită limită (cum se întâmplă în anumite stări patologice) face dificil sau compromite total controlul normal asupra volanului – în asemenea situații, subiectul încetează să mai conștientizeze controlul tactil cu volanul, ceea ce duce la slăbirea tonusului muscular și la blocarea mișcării de apucare-ținere, accidentul devine iminent. Semnalele olfactive sunt furnizate de procesele de ardere a combustibilului și de compoziția chimică a gazelor ce se degajă în urma lor. Pe baza acestora conducătorul autovehiculului apreciază funcționarea unor mecanisme importante ale motorului, cum ar fi accelerația, sistemele de evacuare.

- b) Categoria semnalelor care provin de la rută și ambianța generală – sunt prin excelență vizuale și auditive. Cele vizuale sunt:

- semnale specifice de circulație, în scopul reglementării traficului;
- semnale pe care le furnizează configurația corectă a rutei;
- semnale nespecifice din ambianța mai îndepărtată.

Primele două categorii de semnale au o valoare reglatoare directă și recepționarea lor trebuie să se realizeze fără eroare. Omiterea sau detectarea cu întârziere a unui semn de circulație, poate duce la consecințe dintre cele mai grave. De aceea, indiferent de ruta pe care se deplasează, conducătorul



autovehiculului trebuie să raționalizeze în așa fel comportamentul său de explorare, încât să asigure frecvența necesară a inspecției lor pe fiecare porțiune funcțională de distanță.

c) Semnalele de la „obiectele” aflate în trafic sunt eminamente vizuale și auditive. Cercetările psihologice au stabilit că extragerea și prelucrarea informației vizuale despre vehiculele aflate în trafic este una din sarcinile cele mai dificile, pe care conducătorul auto trebuie să o privească și să o abordeze cu o răspundere deosebită.

Mecanismele perceptive ale omului se dovedesc mai puțin exacte și estimarea distanțelor dintre obiectele aflate în mișcare și în anticiparea pozițiilor lor reciproce în succesiunea mecanismelor temporare. Iar dacă nu se exersează în mod special, această capacitate rămâne la un nivel destul de scăzut. Conducerea auto reclamă însă stimularea și dezvoltarea ei prin exercițiu sistematic. Semnalele auditive de la obiectele aflate în trafic sunt în primul rând claxonările. Acestea au un rol de avertizare și sarcina de decodare a conducătorului auto în determinarea sensului avertizării.

În concluzie, pentru asigurarea eficienței optime a activității de conducere a autovehiculului este absolut indispensabilă recepționarea și prelucrarea unei cantități suficiente de informație relevantă pentru operația ce urmează a fi executată.

Eficiența activității de recoltare și prelucrare a informațiilor trebuie apreciată pe baza următorilor indicatori:

- a) viteză sau rapiditatea detecției apariției semnalelor;
- b) rapiditatea și corectitudinea discriminării sau diferențierii unui semnal de altul;
- c) rapiditatea și corectitudinea identificării (recunoașterii);
- d) rapiditatea și corectitudinea interpretării, adică a raportării semnalului recepționat la operația de comandă a vehiculului.

Dinamica activității de recepționare și prelucrare a informației este influențată de o serie de factori care trebuie ținuti, pe cât posibil, sub control:

- a) raportul semnal/zgomot;
- b) starea funcțională a organismului;
- c) nivelul de dezvoltare a calităților atenției – îndeosebi a concentrării, distributivității și mobilității;
- d) raportul dintre analiză și sinteză care duce în plan individual la constituirea unui tip perceptiv eminamente analitic concretizat prin surprinderea mai ușoară a elementelor și detaliilor, sau a unui tip eminamente sintetic, concretizat prin tendința de informare.

În timpul conducerii vehiculului, oamenii interacționează cu un flux constant de stimuli informaționali. Majoritatea informațiilor reprezintă semnale vizuale precum: alte vehicule, pietoni, drumul, semne de circulație și peisajul în permanentă schimbare, dar și semnale auditive, cum ar fi vorbitul la telefonul celular, CD-player-ul, radio, conversații cu pasagerii etc. Mai mult, conducătorul auto ar putea prelucra alte surse de informații din interiorul mașinii: informații interne (își amintește anumite direcții sau planuri, unde să ia cina).

### Tempul de reacție ca răspuns la percepția stimulilor din câmpul vizual al operatorului uman

Tempul de reacție a fost un subiect preferat de către psihologii experimentali de la mijlocul secolului al XIX-lea. Totuși, majoritatea studiilor pun întrebări referitoare la organizarea creierului operatorului uman în timpul activităților executate, autorii folosind foarte mult timp pentru a încerca să determine dacă rezultatele sunt conforme cu vreun model matematic al activității creierului.

Psihologii au numit trei tipuri de bază de experimente care studiază timpul de reacție cu aplicație în activitățile desfășurate ale operatorilor umani (Luce, 1986; Welford, 1980):

- în experimentele simple care studiază timpul de reacție, există un singur stimul și un singur răspuns. „X la locația cunoscută”, „urmărește punctul”, și „reacția la sunet” măsoară timpi simpli de reacție.
  - în experimentele de recunoaștere care studiază timpul de reacție există anumiți stimuli la care ar trebui să se răspundă („setul de memorie”) și altele care ar trebui să nu primească niciun răspuns („setul de distrageră”). Există tot un singur răspuns corect. „Recunoașterea simbolurilor” și „recunoașterea tonurilor” sunt amândouă experimente de recunoaștere.
  - în experimentele de alegere care studiază timpul de reacție, utilizatorul trebuie să dea un răspuns care să corespundă cu stimulul, cum ar fi apăsarea unei chei care să corespundă cu o literă, dacă litera apare pe ecran. Programul Reaction Time nu folosește acest tip de experiment deoarece răspunsul este întotdeauna acordat apăsând tasta de spațiu.
- Studii și cercetări efectuate argumentează că, profesioniștii care fac aceste experimente folosesc aproximativ 20-30 de participanți care efectuează între 100 și 200 de teste de timp de reacție fiecare pe ședință (Luce, 1986, Cap. 6) și Sanders (1998, p. 23) recomandă o perioadă de practică, iar apoi colectarea a 300 de timpi de reacție pentru fiecare participant la cercetare. De aceea experimentele cu 3 sau 4 participanți care reacționează doar la 10 stimuli calculându-se 10 timpi de reacție pentru fiecare participant sunt foarte limitate. Iosif și Moldovan Scholtz (1996) subliniază că pentru o operație de aproximativ o jumătate de minut, s-a putut nota că între 1000 și 10 000 de repetări, timpul poate varia cu încă câteva sutimi de minut. Astfel, autorul relevă că procentul de scurtare a timpului devine tot mai mic odată cu creșterea frecvenței de repetare.
- Mai mulți cercetători au tratat efectul creșterii numărului de stimuli posibili în recunoaștere și în experimentele de alegere. Hick (1952) a descoperit că în experimentele de testare a timpului de reacție cu alegere, răspunsul era proporțional cu  $\log(N)$ , unde  $N$  este numărul de stimuli diferiți posibili. Cu alte cuvinte, timpul de reacție crește cu  $N$ , dar odată ce  $N$  se mărește, timpul de reacție nu mai crește la fel de mult ca atunci când  $N$  era mic. Această relație se numește „Legea lui Hick”. Sternberg (1969) a păstrat acest fapt în experimentele de recunoaștere, deoarece odată cu creșterea numărului de itemi din setul de memorie, crește și timpul de reacție, proporțional (adică proporțional cu  $N$  nu cu  $\log N$ ). Timpii de reacție erau



între 420ms pentru un stimul valid (cum ar fi o literă în recunoașterea de simboluri) la 630ms pentru șase stimuli valizi, crescând cu aproximativ 40ms de fiecare dată când se adăuga un nou item la setul de memorii. Nickerson (1972) a revizuit mai multe studii de recunoaștere și a fost de acord cu aceste rezultate.

Froeberg (1907) a descoperit faptul că stimulii vizuali cu o durată mai mare provoacă timpi de reacție mai rapizi în executarea sarcinii, iar Wells a avut același rezultat pentru stimulii auditivi. Piéron (1920) și Luce (1986) au remarcat că cu cât este mai slab stimulul (cum ar fi o lumină foarte slabă), cu atât este mai lung timpul de reacție. Totuși, după ce stimulul ajunge la o anumită putere, timpul de reacție devine constant.

Kohfeld (1971) a descoperit că diferența dintre timpul de reacție la lumină și sunet putea fi eliminată dacă era folosit un stimul cu o intensitate suficient de mare.

Atât timp cât variațiile provocate de către tipul de experiment care testează timpul de reacție, tipul de stimul și intensitatea stimulului sunt ignorate, există în continuare mulți factori care afectează timpul de reacție.

Unul dintre factorii cei mai cercetați care afectează timpul de reacție este „activarea” sau starea de atenție, inclusiv tensiunea musculară. Timpul de reacție va fi cel mai rapid la un nivel mediu de activare, și se deteriorează atunci când subiectul este fie prea relaxat, fie prea tensionat (Welford, 1980; Broadbent, 1971; Freeman, 1933). Schuhfred (2007) a realizat o probă de atitudine față de risc cu 24 de situații stimuli, fără aglomerație în trafic și pe străzi fără pietoni sau alte mașini.

## 2. OBIECTIVE ȘI IPOTEZE

### 2.1. Obiective

O1. Construirea unor probe psihologice ce vizează memoria topografică, atenția, vigilența.

O2. Validarea probelor construite la criteriu

O3. Standardizarea probelor

### 2.2 Ipoteze

Variabilele probelor situaționale sunt predictorii ai performanțelor în traficul rutier.

## 3. METODA

### 3.1 Participanți

Studenți ai facultății de psihologie (zi și IDD) dar și adulți cu carnet de șofer, lotul având vârsta cuprinsă între 18-55 ani.

### 3.2 Instrumente

3.2.1. Proba situațională de asumare a riscului în traficul rutier (filme video cu situații din trafic în oraș)

3.2.2. Proba situațională de asumare a riscului în traficul rutier (filme video cu situații din trafic în afara orașului prin diferite spații rutiere: munte, deal, câmpie etc)

3.2.2. Proba situațională de asumare a riscului în traficul rutier pe timp de noapte (filme video cu situații din trafic în oraș și în afara orașului)

## 4. REZULTATE

Construirea unor probe situaționale privind situații de trafic filmate pe timp de noapte și în timpul zilei, în oraș și în afara orașului.

Probele construite se aplică în studii pilot, se calculează coeficientul de consistență internă (alfa crombach) și se elimină itemii care nu corespund.

### Validarea probelor construite la criteriu

Se realizează un model de validare concurrentă la criteriu apelând la participanți cu carnet de șofer, pentru a putea consemna performanțele înregistrate.

### Standardizarea probelor

Se realizează cotele pentru fiecare grupă de vârstă a eșantionului de populație.

## 5. CONCLUZII

Pentru a înțelege mai bine comportamentul conducătorului de autovehicul precum și sursele de distragere a atenției acestuia, cercetătorii au încercat să dezvolte modele integrate de conducere care să surprindă comportamentul conducătorului în maniera unui calculator (Aasman, 1995).

Activitățile de muncă sunt mai mult sau mai puțin complexe așa că performanța care le caracterizează presupune prezența mai multor calități sau aptitudini ori trăsături de personalitate din partea celor care prestează munca respectivă. Acesta este motivul pentru care în predicția performanțelor profesionale psihologii trebuie să utilizeze mai mulți predictorii combinați în funcție de ponderea sau importanța pe care o dețin în realizarea unei activități de muncă. Alegerea acestor predictorii pentru un examen de selecție se poate realiza pe baze statistice, dar și pe considerente apreciative din partea unor experți.

Bateria de teste folosită în vederea evaluării psihologice este definită ca fiind „un ansamblu de teste utilizate împreună cu scopul de a evalua mai multe aspecte aptitudinale sau de personalitate ale participanților într-un psihodiagnostic al reușitei (Pitariu, 1983). La aceasta se poate completa cu precizarea că testele dintr-o baterie care este implicată în predicția succesului profesional trebuie să fie cât mai independente unul de altul din punct de vedere statistic (să coreleze cât mai puțin unul cu altul), dar fiecare să posede un coeficient de corelație semnificativ cu criteriul/criteriile de eficiență profesională. Bateria de teste presupune deci existența mai multor predictorii asociați pe baza unor criterii statistice.

În mod obișnuit, într-o procedură de selecție profesională sunt utilizate criterii (uneori combinate într-un criteriu unic, compozit) care circumscriu eficiența profesională și predictorii capabili să ne spună cât mai multe lucruri despre aptitudinile, trăsăturile de personalitate sau interesele celor investigați cu scopul de a face evaluări predictive a calității sau eficienței profesionale. Demersul metodologic, așa cum se poate observa din exemplificările surselor citate este destul de complex.

Aceste modele oferă detalii aprofundate privind sursa distragerii atenției prin elucidarea proceselor prin care conducătorul auto ține seamă de/participă la mediul exterior, prelucrează cognitiv aceste informații și apoi reacționează la stimulii informațiilor și manipulează mediul. Astfel, arhitectura IT ar putea oferi conducătorului de autovehicul ocazia de a îndeplini mai multe sarcini în același timp la „nivel software” prin noi modele implementate ca reguli de producere și la „nivel



hardware” prin schimbări în mecanismele interioare ale acestei arhitecturi. Modele recente ale sarcinilor dinamice complexe au demonstrat existența unor aptitudini în surprinderea unor aspecte de îndeplinirea mai multor sarcini: eroarea de percepție (informațiile critice au fost sub nivelul capacității de a vedea – lumina era prea slabă, conducătorul auto a fost orbit de o strălucire puternică; hainele pietonului aveau un contrast prea redus, conducătorul auto a judecat greșit din punctul de vedere al percepției); resursele mentale ale conducătorului auto erau concentrate în altă parte iar informațiile critice au putut fi detectate prea târziu (lipsă de atenție în timpul condusului); și situația în care conducătorul autovehiculului ar fi putut prelucra corect informațiile dar nu a reușit să aleagă răspunsul corect sau să ia decizia corectă, nereușind astfel s-o ducă la îndeplinire.

## 6. BIBLIOGRAFIE

- Aasman, J. (1995). *Modeling driver behavior in Soar*. Leidschendam, the Netherlands: KPN Research.
- Aniței, M., Chraif, M. (2010). *Introducere în psihologia transporturilor*, Ed Livpress, București.
- Broadbent, D. E. (1971). *Decision and Stress*. Academic Press, London.
- Froeberg, S. (1907). The relation between the magnitude of stimulus and the time of reaction. *Archives of Psychology*, No. 8

- Hick, W. E. (1952). On the rate of gain of information. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 4, pp.11-26.
- Iosif, Ghe. și Moldovan Scholtz, M., (1996). *Psihologia muncii*, Editura didactică și pedagogică, București.
- Luce, R. D. (1986). *Response Times: Their Role in Inferring Elementary Mental Organization*. Oxford University Press, New York.
- Piéron, H. (1920). Nouvelles recherches sur l'analyse du temps de latence sensorielle et sur la loi qui relie ce temps a l'intensité de l'excitation. *Année Psychologique* 22, pp.58-142.
- Pitariu, H.D. (1983). *Psihologia selecției și formării profesionale*. Cluj-Napoca: EdituraDacia.
- Sanders, A. F. (1998). *Elements of Human Performance: Reaction Processes and Attention in Human Skill*. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, Mahwah, New Jersey.
- Sternberg S. (1969). Discovery of processing stages: Extensions of Donder's method. *Acta Psychol*, 8, pp.276-315.
- Welford, A. T. (1980). Choice reaction time: Basic concepts. In A. T. Welford (Ed.), *Reaction Times*. Academic Press, New York, pp. 73-128.



# EVALUARE PSIHOLOGICĂ ÎN TULBURAREA DEPRESIVĂ MAJORĂ RECURENTĂ – STUDIU DE CAZ

ROXANA CERASELA SÎRBU

Spitalul Clinic de NeuroPsihiatrie, Clinica II Psihiatrie, sirbu\_mh@yahoo.com

**ABSTRACT:** Această lucrare constă în realizarea unui studiu de caz la o pacientă de 52 ani adusă în urgență la Clinica II Psihiatrie, diagnosticată cu tulburare depresivă majoră recurentă la o structură de personalitate evitantă. Scopul acesteia vizează fundamentarea unei obiectivări, a relatării care revine explorării psihodiagnostice ce completează investigarea clinică, prin aplicarea unor metode și instrumente psihologice, obținerea unor date care să confirme diagnosticul psihiatric și să evidențieze personalitatea premorbidă și modificările suferite de aceasta prin procesul morbid. Conținutul lucrării pune accentul pe aspectele teoretice și importanța istoricului de depresie cu elementele semnificative și rezultatele obținute subliniind sesizarea simptomelor, a factorilor de risc, semnelor cheie în recunoașterea și diagnosticarea depresiei.

**Cuvinte cheie:** Studiu de caz, tulburare depresivă majoră recurentă, investigații psihologice, anxietate generalizată, insomnii mixte, labilitate afectiv-emoțională, interferențe somatice, interpretări hipocondriace.

## 1. INTRODUCERE

"Tulburarea afectivă" este de origine anglo-saxonă și reprezintă un grup de modificări, de tip depresiv sau maniacal ale afectivității, a căror simptomatologie este dominantă și determinată pe parcursul desfășurării lor.

Datorită exteriorizării directe a simptomatologiei tulburărilor afective dominate de elemente semnificative, cum ar fi euforie-tristețe, inhibiție psihomotorie-excitație etc, acestea au constituit unele din principalele entități psihiatrice delimitate cu peste 2 milenii înaintea apariției clinicii de psihiatrie în rândul disciplinelor medicale.

În SUA, noțiunea de tulburare afectivă a fost folosită pentru prima dată în 1960 de Winokur pentru caracterizarea bolilor maniaco-depresive; termenul, într-o dimensiune mai restrânsă a intrat în DSM-III (1980), DSM-III-R (1987) DSM-IV (1994).

Tulburările afective includ tulburările care au ca element prioritar o perturbare de dispoziție. Dispoziția reprezintă tonusul afectiv fundamental, care dă fiecăruia dintre noi o tonalitate agreabilă sau dezagreabilă, oscilând între cei doi poli extremi ai plăcerii și ai durerii (Delay. J). Ea reprezintă polaritatea stărilor afectivității bazale la un moment dat; modificarea ei în sens patologic poartă numele de distimie. În peste 90% din cazuri, în cursul vieții pacienții distimici dezvoltă episoade depresive majore.

Termenul de tulburare de dispoziție introdus în DSM-III-R (1987) abordează același sens ca al tulburării afective prezent în DSM-III (1980), dar încearcă să delimiteze de tulburările depresive de scurtă durată, ca așa zise dificultăți de adaptare și de sindroamele anxioase pure (Klei-et al 1981, Poldin Geret 1986, Marks 1987).

## 2. ABORDĂRI TEORETICE

### 2.1. Clasificarea tulburărilor afective

Clasificarea acestora a devenit dominantă la mijlocul sec. XX. O parte a tulburărilor are origine somatică – depresii somatogene, o altă parte este legată de procese psihologice – depresii psihogene. A treia grupă este de

cauză necunoscută sau este în legătură cu o tulburare primară a funcțiilor cerebrale – depresia endogenă.

Clasificarea tulburărilor afective se bazează pe două sindroame, fiind luat în considerare fie aspectul transversal – severitate, factori specifici, dar și sensul longitudinal – evoluția – episoade, cronicizare. Trebuie să se țină cont și de clasificarea etiopatogenetică și anume somatogen, endogen, psihogen.

Tulburările afective sunt împărțite în tulburări depresive "depresia unipolară", tulburări bipolare și două tulburări bazate pe etiologie – tulburarea afectivă datorată unei condiții medicale generale și tulburarea afectivă indusă de o substanță.

Tulburările depresive – adică, tulburarea depresivă majoră, tulburarea distimică și tulburarea depresivă fără altă specificație. Se disting de tulburările bipolare prin faptul că nu există istoric de episod maniacal, mixt sau hipomaniacal.

Tulburările bipolare – de exemplu tulburarea bipolară I, tulburarea bipolară II, ciclomotia și tulburarea bipolară fără altă specificație implică prezența de episoade maniacale, mixte sau hipomaniacale, acompaniate de prezența episoadelor depresive majore.

### 2.2. Depresia

Depresia, ca definiție de largă generalitate este caracterizată ca o prăbușire a dispoziției bazale, cu actualizarea trăirilor neplăcute, triste și amenințătoare. Argumente pentru a considera depresia o hipertimie negativă sunt: puternică participare afectivă, trăirea profundă a acestei stări, antrenarea comportamentală consensuală.

Definită anterior, depresia se referă la "depresia-simptom", dar în realitatea practică, aceasta apare ca sindrom sau entitate nosologică.

Definită operațional, componentele generale sunt: răsunsetul ideativ, comportamental și somatic al tulburării afective.

Drept componente definitorii sunt: dispoziție depresivă, încetinirea proceselor gândirii, lentoare psihomotorie, simptome auxiliare de expresie somatică. Dispoziția depresivă este trăită ca tristețe vitală (Schneider K.) pierderea sentimentelor, golire și neliniște interioară.



Sindromul depresiv reprezintă o scădere trecătoare sau durabilă a stării de dispoziție psihică sau a tonusului psihic.

Se scot în evidență două componente clinice:

### 2.2.1. Componenta fizico-somatică

Se caracterizează prin activitate redusă, gesturi limitate și puține, mimică săracă cu aspect trist. Apare stare de oboseală generală nejustificată, insomnii și prezența unor tulburări de ordin neurovegetativ cum ar fi hipotensiune arterială, scădere ponderală, inapetență etc.

### 2.2.2. Componenta psihoafectivă

Se caracterizează printr-o scădere generală a tonusului psihic. Apar următoarele aspecte psihopatologice: astenie fizică, scăderea randamentului intelectual, deficit de atenție și evocare mnezică, sentiment de inferioritate, neliniște anxioasă, sentimente de culpabilitate, restrângerea sferei intereselor, a comunicării cu limbaj sărac și voce de intensitate diminuată; apar idei de culpabilitate și autoacuzare, de ruină, doliu, idei hipocondriace.

Un aspect important caracteristic care apare destul de constant în sindromul depresiv sunt ideile de suicid sau tentativele de suicid.

## 2.3. Tulburarea depresivă majoră

### 2.3.1. Evoluție

Tulburarea depresivă majoră poate începe la orice vârstă, cu aproximativ o medie la debut situată sub 20 de ani și se știe că pacienții care dezvoltă aceste tulburări au o mai mare morbiditate familială pentru depresie (Goodwin și Jamison 1990). Evoluția tulburării depresive majore este variabilă – pacienții pot să aibă episoade izolate, sau din ce în ce mai frecvente, pe măsură ce avansează în vârstă. Aproximativ 5%-10% cu tulburare depresivă majoră episod unic, prezintă ulterior un episod maniaco (adică, prezintă tulburare bipolară I). Episoadele depresive majore se pot rezolva complet – în aproape două treimi din cazuri, parțial sau deloc – în aproximativ o treime din cazuri. Acestea sunt frecvent dezvoltate într-un context psihosocial sever, cum ar fi moartea unei ființe iubite sau divorțul, precum și condițiile medicale generale cronice și dependența de o substanță care pot contribui la debutul și exacerbaria acestei tulburări.

Istoricul cu episoade depresive crește riscul pentru episoade depresive ulterioare: - un episod probabilitatea 50% de repetare; două episoade – probabilitatea 70%; trei episoade sau mai multe – probabilitatea 90% (DSM-IV).

### 2.3.2. Prevalență

Studiile referitoare la tulburarea depresivă majoră au raportat o gamă largă de valori pentru procentul de populație adultă cu această tulburare. Prevalența procentuală a tulburării depresive majore la adulți, pe eșantioane comunicate variază între 5% și 9% pentru femei, și între 2% și 3% pentru bărbați.

Riscul pe viață pentru tulburarea depresivă majoră în eșantioanele comunitare variază între 10% și 25% pentru femei, și între 5% și 12% pentru bărbați (DSM-IV).

## 3. DIRECȚII DE CERCETARE – STUDIU DE CAZ

Nume: B Prenume: C Vârsta: 52 ani

Domiciliul: jud. Dolj Loc. Craiova

Starea civilă: Căsătorită

**Diagnostic psihiatric:** Tulburare depresivă recurentă cu interferențe somatice

### 3.1. Istoricul personal și social

#### 3.1.1. Structura și nivelul familiei

Din istoricul de viață al pacientei am reținut că provine dintr-o familie modestă, al doilea copil din frăție. Atât nașterea sa, cât și dezvoltarea au decurs normal. A urmat școala elementară și gimnazială cu rezultate mediocre, specific nivelului intelectual predominând o stare de conflictualitate intrafamilială cu părinții. Este absolventă a 8 clase, iar traseul său profesional a fost marcat de schimbări ale locului de muncă, prezentând dificultăți de adaptare socioprofesionale.

În prezent nu lucrează, ultimul loc de muncă fiind în urmă cu 5 ani, boala fiind un motiv de culpabilizare față de familie (unicul susținător al familiei este soțul în vârstă de 55 ani, lucrează ca electrician). Este căsătorită, are doi copii. Locuiește împreună cu familia în mediul urban. Relațiile cu soțul sunt tensionate, cercul relațiilor sociale este redus.

Se conturează o personalitate premorbidă de aspect depresiv cu următoarele trăsături dominante: simț crescut de culpabilizare, inutilitate, stări frustrante și de eșec, încredere scăzută în propriile forțe, abilități sociale reduse.

#### 3.1.2. Condiții de viață și de muncă

Locuiește într-un apartament modest, semidecomandat – două camere cu unul dintre copii – cel mic în vârstă de 22 ani, care în prezent nu lucrează. De un an și jumătate și-a adus prietena în locuință împotriva voinței părinților acestuia. Nici aceasta nu are venit. Celălalt băiat are 26 ani și locuiește la soție. În prezent pacienta nu lucrează.

#### 3.1.3. Nivel de adaptare

Deficit adaptativ și integrativ socio-familial.

### 3.2. Motivele internării

- dispoziție depresivă persistentă;
- anxietate generalizată;
- labilitate afectiv-emoțională;
- plâns facil accentuat;
- insomnii mixte.

### 3.3. Antecedente heredocolaterale

Nesemnificative din punct de vedere psihopatologic.

### 3.4. Antecedente personale fiziologice

- prima menstruație – aproximativ 15 ani;
- în prezent ciclul menstrual absent – nu știe data ultimei menstruații;
- nașteri = 2, avorturi = 1

### 3.5. Antecedente personale patologice

- 2011 – tulburare depresivă majoră-episod actual sever;
- 2010 – tulburare depresivă recurentă;
- 2009 – tulburare depresivă anxioasă;
- 2008 – tulburare depresivă recurentă agravată somatic;
- 2007 – noduli tiroidieni; spondiloză cervicală;
- 2006 – apendicectomie cu stare septică.

### 3.6. Istoricul bolii

Pacientă în vârstă de 52 ani cu multiple internări în Clinica II Psihiatrie (2008-2011) prezintă un debut insidios afecțiunii în urmă cu aproximativ 4 ani, într-un



context psihotraumatizant - pierderea locului de muncă, relații familiale tensionate și conflictuale multiple, cu o simptomatologie dominată de dispoziție tristă; anxietate generalizată; iritabilitate; fatigabilitate; somn redus, superficial, fragmentat; accese inexplicabile de plâns.

Evoluția a fost ondulantă cu ameliorarea parțială a simptomatologiei, dar și cu decompensări frecvente datorită întreruperii tratamentului de specialitate.

Episodul actual debutează în urmă cu aproximativ două săptămâni, cu simptomatologia mai sus menționată, motiv pentru care pacienta se internează pentru a beneficia de tratament și asistență de specialitate.

### 3.7. Interviu clinic

Conform datelor din fișa de observație completată reținem:

- pacienta are o ținută vestimentară puțin îngrijită cu igienă deficitară, gestică redusă, mimică anxioasă, mers greoi, fața ei exprimă tristețe în cea mai mare parte a zilei;
- nu se remarcă fenomene productive în sfera percepțiilor psiho-senzoriale în momentul examinării, acuze somatice neurovegetative ce însoțesc preocupări hipocondriace;
- deficit de captare și de menținere a atenției caracterizat prin volum și intensitate diminuată - atenția orientându-se asupra trăirilor interioare (grijile existențiale, neajunsurile etc.);
- dificultăți de concentrare, indecizie, slabă capacitate de memorare-memorie axată pe evenimentele afectiv-negative ale existenței personale;
- gândire coerentă caracterizată prin flux și ritm ideoverbal de intensitate diminuată, voce monotonă cu tonalitate joasă, discurs săracit tematic cu coloratură depresivă și conținut ideativ ce reflectă renunțare, idei hipocondriace care oscilează între teamă și dorința de boală-idei de culpabilitate, inutilitate, eșec moral și existențial;
- motivație diminuată în prezent.

### 3.8. Particularitatea cazului

- evoluție cronică;
- multiple episoade depresive anterioare;
- remisiune parțială, persistența interepisodică a simptomelor reziduale depresive;
- lipsa suportului material, familial și social;
- nivel intelectual scăzut.

### 3.9. Examinarea psihologică

#### 3.9.1. Metode și instrumente utilizate

##### 3.9.1.1. Metode

Anamneza - folosită în sondarea longitudinală a evenimentelor și permiterea dezvoltării parțiale a cauzelor ce au determinat și întreținut o anumită evoluție psihică;

Observația - utilizată în înregistrarea sistematică a multiplelor aspecte privind conținutul și forma de manifestare a diverselor trăsături psihice și psihopatologice ale persoanei investigate urmărite în timpul examinării și pe parcursul internării.

La pacienta internată am observat și reținut următoarele: Componenta fizico-somatică se caracterizează prin activitate redusă, gesturi limitate și puține, mimică săracă cu aspect trist, inexpresiv cu tremur al buzelor și umezirea ochilor pe timpul evocărilor; se mișcă încet și preferă să stea în pat în cea mai mare parte a zilei;

exprimare cu ritm încetinit și voce de intensitate diminuată, cu fluentă lentă; acuză permanent stare de oboseală generală, nejustificată; insomnii cu caracter mixt.

Componenta psiho-afectivă se caracterizează printr-o scădere generală a tonusului psihic și se notează următoarele aspecte psihopatologice: voce șoptită, limbaj sărac; funcții cognitive diminuate caracterizate prin deficit de concentrare, slabă capacitate de memorare; astenie fizică și psihică ce se manifestă ca o senzație de oboseală permanentă, rapidă la cel mai neînsemnat efort, senzație de apăsare sufletească; sentimente de autoacuzare, inutilitate, culpabilitate; idei recurente de moarte; prelucrări hipocondriace; neliniște anxioasă; somn redus, superficial-fragmentat; scăderea relațiilor interpersonale cu evitare și retragere socială.

#### 3.9.1.2. Instrumente de evaluare utilizate

Scala de depresie Hamilton (HAM-D) - utilizată în vederea evaluării severității depresiei;

Inventarul de depresie Bech (BDI) - utilizat în scopul de a măsura manifestările comportamentale ale depresiei; de a monitoriza simptomele și a evalua răspunsul la intervențiile terapeutice;

Scala autoadministrabilă de depresie Zung - utilizată pentru a specifica trăsăturile întâlnite în tulburările depresiei;

Chestionar de evaluare psihonevrotice Woodworth;

Testul proiectiv-expresiv Arborele Kock.

#### 3.9.1.3. Mod de administrare și scoruri obținute

Pacienta a fost internată în Clinica II Psihiatrie pe o perioadă de 15 zile.

Săptămâna 1 - a doua zi de la internare

Ham-D = scor obținut 26 depresie severă

BDI = scor obținut 29 depresie severă

Zung = scor obținut 74 depresie severă

Chestionar Woodworth

I = 308; II = 216; III = 120; IV = 60; V = 338; VI = 36; VII = 260; VIII = 52.

Concluzii preliminare - stări dispoziționale ample predominant depresiv-persistente cu conținut negativ și caracter emoțional accentuat cu interpretări și prelucrări hipocondriace.

Săptămâna 2 - a opta zi de la internare

Ham-D = scor obținut 18 depresie moderată

BDI = scor obținut 23 depresie moderată

Zung = scor obținut 70 depresie medie

Arborele Kock - scoate în evidență un Eu inhibat, care se manifestă cu o slabă capacitate de adaptare, integrare sociofamilială și autocontrol al proceselor emoționale: neliniște psihomotorie pe fondul unei atitudini de așteptare; sentimente de inferioritate, atitudine de pesimism; relații inadecvate interpersonale datorate afectivității reduse caracterizate prin restrângerea sferei intereselor a comunicării.

Săptămâna 2 - a douăsprezecea zi de la internare

Ham-D = scor obținut 15 ușor moderată

BDI = scor obținut 14 remisie parțială

Zung = scor obținut 60 ușor moderată.

În urma metodelor folosite și instrumentelor aplicate, putem întocmi următorul profil psihologic:

Profil de tip afectiv - cu stări dispoziționale predominant depresiv-persistente și scăderea generală a tonusului psihic însoțit de modificări vegetative și



tensiune motorie cu bulversări emoționale tranzitorii; perturbări ale nivelului de activitate conturate pe fatigabilitate rapidă consecutivă efortului depus; funcții cognitive diminuate reflectate prin concentrare scăzută, indecizie, slabă capacitate de memorare; flux și ritm ideoverbal de intensitate diminuată cu ideatie și tematică cu conținut negativ și simptome auxiliare de expresie somatică cu interpretări hipocondriace; insomnii mixte, labilitate afectiv-emoțională, intoleranță la frustrare, evitare cu retragere socială în context psihotraumatizant cu caracter de potențialitate dezvoltat; deficit adaptativ și integrativ sociofamiliar.

### 3.10. Diagnostic multiaxial conform DSM-IV

Axa I: Tulburare depresivă majoră recurentă cu interferențe somatice;

Axa II: Trăsături premorbide de personalitate structurată depresiv-evitant;

Axa III: Apendicectomie cu stare septică; noduli tiroidieni, spondiloză cervicală;

Axa IV: Lipsa unei rețele de suport social, financiar familial;

Axa V: Simptome sever-moderate afective a funcționării ocupaționale, sociale; scor GAF = 45 (la internare), scor GAF = 60 (la externare) – deficiență funcțională – medie.

### 3.11. Diagnostic pozitiv conform criteriilor-DSM:

Se susține diagnosticul pozitiv de tulburare depresivă majoră recurentă cu interferențe somatice pe baza criteriilor conform DSM prin prezența:

- prin prezența în istoricul bolii a mai multor episoade care au întrunit criteriile de episod depresiv major (pe puțin 5 simptome în decurs de 2 săptămâni și reprezintă o modificare de la nivelul anterior de funcționare cauzând deteriorarea semnificativă clinic în domeniul sociofamiliar), existând un interval la cel puțin 2 luni consecutive în care nu au fost satisfăcute criteriile de episod depresiv major;

- episoadele depresive majore nu sunt explicate mai bine de tulburarea schizoafectivă, nu sunt suprapuse peste schizofrenie, tulburarea delirantă sau psihotică;

- nu au fost satisfăcute criteriile pentru episod maniacal, mixt sau hipomaniacal.

### 3.12. Diagnostic diferențial conform criteriilor-DSM

- tulburare afectivă pe fond organic – datorită unor condiții medicale generale, datorită cauzelor farmacologice;

- tulburare dispozițională datorită uzului de substanțe;

- tulburare schizoafectivă – antecedentele evolutive, istoricul premorbid;

- tulburări de personalitate – decompensările nu întrunesc criteriile pentru episod depresiv major;

- tulburări primare ale somnului – se diferențiază de depresia majoră prin apariția anormalităților somnului numai în contextul episoadelor depresive;

- tulburarea bipolară de tip I – presupune și existența în antecedente a cel puțin un episod maniacal;

- demența – debutul poate fi printr-un episod depresiv major, dar deficitul cognitiv nu s-ar remite prin tratamentul cu antidepresive.

## 4. CONCLUZII

Evoluția cazului, având în vedere datele anamnestice, clinice și paraclinice, pe termen scurt, o apreciez ca lent favorabilă cu răspuns bun asupra simptomatologiei pentru care pacienta se prezintă la internare, având în vedere evoluția cronică (de peste 2 ani).

Pe termen lung o apreciez ca progredientă, cu deficit marcat și reducerea inserției sociale, având în vedere și riscurile care pot apărea în cadrul unei tulburări depresive majore:

- consumul de excitante centrale;

- comorbidități somatice (depresia duce la scăderea imunității);

- riscul suicidar care crește odată cu numărul de episoade depresive și lipsa suportului afectiv.

## 5. POSIBILITĂȚI DE INTERVENȚIE

### TERAPEUTICĂ A PSIHOLOGULUI CLINICIAN

Situația în fapt ne-ar determina să adoptăm un sistem de intervenție structurat în două etape:

A. intervenția psihoterapeutică desfășurată intraspitalicesc ca strategie suportivă, complementară tratamentului psihiatric;

#### Obiective

- conceptualizarea problemelor pacientului și stabilirea priorităților;

- identificarea, înțelegerea și acceptarea de către pacient a gândurilor și sentimentelor negative;

- corectarea gândurilor despre sine.

B. continuarea terapiei în regim ambulatoriu (psihoterapie de suport, în care vor fi incluși membrii de familie).

#### Obiective

- dezvoltarea la pacient a încrederii de sine, a încrederii în capacitățile proprii;

- dobândirea competenței sociale prin responsabilizarea pacientului în raport cu statutul de părinte, soție;

- susținerea pacientului pentru participarea la anumite activități în cadrul grupului de prieteni, rude.

## 6. BIBLIOGRAFIE

Chiriță, V., Papari, A. și colaboratorii (2002). *Tratat de psihiatrie, vol I*, Ed. Fundației "Andrei Șaguna", Constanța, pp. 305; 331-332; 354;

DSM-IV-TR (2000). Ed. Asociației Psihiatrilor liberi din România, București, 2003, pp. 345-346; 369-375;

Enăchescu, Constantin (2005). *Tratat de psihopatologie*, Ed. Tehnică, București, pp. 191;

Predescu, V. și colaboratorii (1989). *Psihiatrie*, vol. I-II, Ed. Medicală, București;

Tudose, Florin, Tudose, Cătălina, Dobranici, Letiția (2011). *Tratat de psihopatologie și psihiatrie pentru psihologi*, Ed. Trei, București;

Tudose, Florin (2007). *Psihopatologie și orientări terapeutice în psihiatrie*, Ed. Fundației România de Măine, București, pp. 174-176;

Tudose, Cătălina, Tudose Florin (2007). *Psihiatrie în practica medicală*, Ed. Infomedica, București;

Zlate, Mielu (2000). *Introducere în psihologie*. Ed. Polirom, București.



**Partea a V-a:**  
**PSIHOLOGIE JUDICIARĂ, CRIMINALISTICĂ ȘI PENOLOGICĂ**







## CUNOȘTINȚE ȘI ABILITĂȚI SPECIFICE ÎN PSIHOLOGIA JUDICIARĂ. IMPLICAȚII PRIVIND FORMAREA SPECIALIȘTILOR JUDICIARI

MARIUS MILCU

Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu, Romania, marius.milcu@ulbsibiu.ro

**REZUMAT:** Domeniul psihologiei judiciare, deși nu este unul recent, înregistrează la ora actuală un puternic reviriment, pornind de la lărgirea considerabilă a câmpului de activitate. Domenii științifice diverse, între care enumerăm doar câteva cum ar fi medicina, științele juridice și ale comportamentului, științele educației și ale comunicării, științele sociale și informatica, aduc noi posibile arii de preocupări pentru psihologia judiciară și criminalistică, permițând astfel îmbogățirea și diversificarea acestei științe complexe. Apare, în acest context, necesitatea unei pregătiri interdisciplinare extinse a specialiștilor care își desfășoară activitatea în domeniul psihologiei judiciare și criminalistice.

Prezentul articol își propune să identifice și să detalieze competențele necesare unui specialist pentru îndeplinirea cu succes a sarcinilor specifice practicii judiciare.

**Cuvinte cheie:** psihologie judiciară și criminalistică, competențe, formare.

### 1. ARGUMENT

Agresivitatea, manifestările atipice și tulburările de comportament, deviațiile comportamentale și manifestările antisociale au constituit dintotdeauna puncte de mare atractivitate atât pentru oamenii de știință, cât și pentru societate, în general. Natura contradictorie și de multe ori imprevizibilă a ființei umane face, în continuare, obiectul preocupărilor științifice și practice specifice tuturor culturilor, indiferent de palierul evolutiv la care acestea se situează la un moment dat.

Dincolo de interesul științific asupra domeniului descris, există importante considerente sociale mult mai pragmatice, legate de stabilitatea și securitatea comunităților umane, ca și de costurile aferente managementului acestor fenomene. Societatea investește resurse numeroase și costisitoare pentru controlul și menținerea la un nivel acceptabil a agresivității și deviațiilor comportamentale, a manifestărilor antisociale și infracționalității. Între demersurile esențiale în această direcție se situează și formarea unor specialiști de succes în domeniul psihologiei judiciare și criminalistice.

Acesta este motivul pentru care ne propunem să realizăm o analiză de tip interdisciplinar a domeniului judiciar, pornind de la identificarea principalelor competențe necesare unui specialist pentru îndeplinirea cu succes a sarcinilor specifice acestor activități complexe.

### 2. DESCRIERE GENERALĂ A DOMENIULUI

Analizând situația la nivel de maximă generalitate, se poate afirma că există două **premise fundamentale** care ghidează permanent activitatea din domeniul psihologiei judiciare și criminalistice.

a. Pe de o parte, avem în vedere acele considerente legate de siguranța efectivă a membrilor societății, aceasta fiind una dintre trebuințele bazale în piramida motivațională elaborată de Maslow. Ne referim aici la următoarele elemente:

- Elaborarea și aplicarea coerentă a unor reguli de conduită. Mai exact, acestea sunt prescripții de norme legale, sociale, morale, profesionale, etc. Forul național

legislativ (Parlamentul, de obicei) are ca atribuții elaborarea legislației generale, ca și a celei specifice diferitelor domenii de activitate. Pornind de la acestea, se pot deduce toate celelalte elemente de mai jos.

- Securitatea fizică, psihologică, socială, economică, etc. a persoanelor și grupurilor care compun societatea, având mai multe componente:

- eliminarea / reducerea riscurilor de vătămare fizică, psihologică, socială a membrilor unei societăți. Satisfacerea trebuințelor de securitate (la nivel individul și de grup) are o importanță deosebită în evoluția societății, permițând trecerea la următoarele niveluri ale piramidei motivaționale. Securitatea socială constituie un element fundamental în determinarea ritmului și direcției de evoluție a unei societăți.

- recuperarea medicală, psihologică, morală, socială, etc. a victimelor infracțiunilor comise. În calitate de victimă se pot situa persoane sau grupuri de persoane care, în mod direct sau indirect, au constituit ținta unor infracțiuni de diverse tipuri. Din acest punct de vedere, obiectul menționatei activități recuperatorii îl poate constitui fie victima primară (asupra căreia s-a comis efectiv o infracțiune), fie victimele adiacente (secundare sau terțiare), respectiv membri ai familiei, prieteni, colegi, etc. care, intrând în contact cu victima primară, prin mecanismele contagiunii sociale, pot fi afectate de starea medicală și psihologică a acesteia. Activitatea menționată constituie, prin excelență, domeniul de acțiune predilect al psihologilor, medicilor, asistenților sociali;

- înlăturarea și supravegherea temporară a persoanelor care au comis diverse tipuri de infracțiuni. Este vorba despre extragerea acestora din masa generală a populației, în vederea diminuării gradului de insecuritate socială;

- evaluarea permanentă a potențialelor riscuri infracționale și sociale pe care le implică anumite categorii de persoane sau grupuri. Există, în mod evident, anumite categorii socioprofesionale, grupuri sociale și comunități mai largi care se dovedesc a fi generatoare de comportamente antisociale / infracțiuni



într-o măsură considerabil mai mare decât altele, necesitând astfel o atenție sporită din partea autorităților. b. Ne referim, pe de altă parte, la recuperarea medicală, psihologică, socială, morală, etc. a infractorilor. Un foarte numeros și puternic *aparat* al societății se ocupă (uneori exclusiv) de această activitate complexă și foarte costisitoare. Este vorba despre:

- sistemul național de asigurare a ordinii publice, care cuprinde atât instituții publice (poliție, poliție locală, jandarmerie, etc.), cât și organizații private de pază și protecție. Unele din aceste instituții – poliția, mai exact – au (și) atribuții legate de investigarea infracțiunilor comise (anchetă judiciară). În schimb, absolut toate îndeplinesc sarcini de prevenție a comportamentelor infracționale, ca și de asigurare a ordinii publice, a securității sociale a cetățenilor;
- sistemul judiciar care, prin instanțele de judecată / tribunale asigură sarcinile de investigare penală, judecată / luarea deciziei judiciare, iar prin serviciile de probațiune asigură asistența necesară infractorilor (inclusiv după eliberarea acestora din penitenciare);
- sistemul privativ de libertate, însărcinat cu instituționalizarea infractorilor, recuperarea lor medicală, psihologică, socială, morală și profesională, până la repunerea lor în libertate;
- sistemul de asistență socială, compus din instituții guvernamentale / publice și private, din organizații non-profit, care supraveghează și acordă suportul de specialitate necesar după eliberarea infractorilor din sistemul privativ de libertate.

### 3. FORMAREA SPECIALIȘTILOR DIN DOMENIU

Putem identifica, atât la nivel european, cât și mondial, o multitudinea de specializări care conturează, mai mult sau mai puțin, domeniul psihologiei judiciare și criminalistice. Între acestea se pot enumera:

- Psihologia legală / medico-legală;
- Psihologia clinică judiciară;
- Psihologia criminalistică și penologică;
- Bio-detectia comportamentelor simulate (considerată uneori ca o parte importantă a psihologiei judiciare, iar alteori ca domeniu distinct);
- Psihiatria legală / medico-legală;
- Psihiatria judiciară și criminalistică.

Într-un mod similar, programele de formare profesională a specialiștilor care activează în acest domeniu sunt extrem de diversificate din punct de vedere al intervalului de timp și costurilor necesare, al domeniului vizat, al obiectivelor și conținuturilor învățării, al finalității sociale și profesionale urmărite. Cu alte cuvinte, programele de formare academică și profesională menționate își propun să formeze **seturi diferite de competențe** în domeniul psihologiei judiciare și criminalistice.

### 4. COMPETENȚE CHEIE ÎN PSIHOLOGIA JUDICIARĂ

Pornind de la multitudinea activităților specifice domeniului psihologie judiciare și criminalistice, analiza multidimensională a sarcinilor concrete pe care le

îndeplinesc specialiștii relevă existența a două seturi distincte de competențe-cheie:

- Competențe primare / fundamentale;
- Competențe secundare / funcționale.

**I. Competențele primare / fundamentale** se definesc ca acele cunoștințe, abilități, atitudini și valori bazale pe care ulterior se vor construi / întemeia activitățile specifice pe care psihologul judiciar le va efectua în practica profesională. Cu alte cuvinte, acestea vor constitui fundamentul pornind de la care se vor elabora competențele secundare / propriu-zis funcționale.

Competențe fundamentale specifice domeniului psihologie judiciare și criminalistice pot fi detaliate după cum urmează:

#### a. (Competența de) Interacțiune interpersonală

Specialiștii în psihologie judiciară sunt capabili de a stabili o relații interpersonale adecvate, ca și de a le dezvolta ulterior cu toate celelalte părți implicate: infractori, victime, judecători, avocați, asistenți sociali, polițiști, etc. În cadrul acestei competențe fundamentale, specialiștii în psihologie judiciară și criminalistică:

- Demonstrează capacitatea de a interacționa la nivel interpersonal și de grup, de a stabili rapid și eficient relații profesionale în practica judiciară;
- Dețin foarte bune abilități de comunicare, putând discuta liber și spontan cu toate categoriile de persoane, supuse sau nu atenției judiciare, cu care intră în contact;
- Dispun de capacitatea de a identifica potențialele surse de neînțelegeri, divergențe și conflicte;
- Au deprinderea de a transforma rapid o situație potențial conflictuală și non-cooperantă într-una de tip colaborativ;
- Prezintă abilitatea de a-și asuma și juca în mod eficient roluri multiple: evaluator, consilier, trainer, psihoterapeut, etc.;
- Demonstrează imparțialitate / obiectivitate în exprimarea opiniilor profesionale, și evitând de a exprima puncte de vedere și convingeri personale;
- Acordă respect persoanelor cu care se relaționează, ca și sistemului judiciar de ansamblu;
- Acceptă diferențele individuale care se manifestă în cursul interacțiunilor profesionale în practica judiciară.

#### b. (Competența de) Diversitate individuală și culturală.

Legat de această competență, psihologii din domeniul judiciar:

- Demonstrează recunoașterea, acceptarea și valorizarea diferențelor individuale și de grup, a diversității sociale și culturale, a semnelor / simptomelor și implicațiilor acestora în domeniul psihologiei judiciare și criminalistice;
- Recunosc și acceptă posibilele efecte ale diversității individuale, sociale și culturale asupra practicii judiciare;
- Dispun de capacitatea de educare a propriei persoane privind alte culturi și subculturi;
- Demonstrează o atitudine non-discriminativă, evitând prejudecăților și stereotipurile sociale în privința membrilor altor grupuri sau culturi;



- Conștientizează efectele apartenenței proprii persoane la un anumit grup sau o anumită cultură și elimină / reduce impactul acesteia asupra activității lor profesionale.

c. Fundamentele etice și legale. Specialiștii în psihologie judiciară și criminalistică:

- Demonstrează cunoașterea aprofundată și aplicarea consecventă a prevederilor Codului Etic, a ghidului de conduită al profesiei de psiholog, a reglementărilor profesionale și legale existente, a standardelor și cerințelor administrative din domeniul judiciar, integrându-le în conduita profesională;
- Conștientizează și evită posibilele conflicte de natură etică; în situațiile în care totuși acestea sunt inevitabile, procedează la soluționarea lor rapidă și eficientă;
- Promovează starea de bine a clienților, evitând cu orice preț provocarea de daune și asumându-și în mod direct și responsabil consecințele propriilor acțiuni;
- Posedă capacitatea de a percepe în mod adecvat contextele juridice complexe în care se încadrează un anumit caz și își adaptează practica profesională în funcție de aceste contexte;
- Recunosc și respectă propria jurisdicție legală și profesională;
- Conștientizează și respectă propriile limite de activitate / de competență în practica profesională, prezentându-le într-o manieră onestă clienților și partenerilor de activitate;
- Își onorează angajamentele profesionale asumate anterior prin orice tip de convenție sau contract.

d. (Competența de) Identificare profesională. În cadrul acestei competențe, specialiștii în psihologie judiciară și criminalistică:

- Demonstrează o bună deținere a celor mai moderne cunoștințe din psihologia judiciară și din domeniile conexe ale științei;
- Arată o bună cunoaștere a celor mai recente preocupări profesionale din domeniu;
- Demonstrează o bună înțelegere și asumare a implicațiilor activității prestate, inclusiv a modului în care propriile opinii profesionale, ca și rezultatele activității lor vor fi percepute, evaluate sau utilizate de către celelalte părți implicate: infractori, victime, judecători, avocați, asistenți sociali, polițiști, colegi, etc.;
- Explică și argumentează modul în care au ajuns la formularea unei opinii profesionale;
- Demonstrează bună credință în furnizarea unor informații exacte către factorii de decizie implicați în activitatea judiciară și susțin acuratețea, imparțialitatea / obiectivitatea datelor respective;
- Nu se identifică cu niciuna dintre părțile implicate într-un proces.

**II. Competențele secundare / funcționale** se referă la principalele activități specifice pe care este de așteptat ca un psiholog judiciar să le îndeplinească. Nu mai este vorba despre simpla deținere a unor informații, ci de transpunerea acestora în practica profesională, prin integrarea cunoștințelor fundamentale în problema dată, identificarea și rezolvarea acesteia.

a. (Competența de) Evaluare. Referitor la această competență, psihologii din domeniul judiciar:

- Colectează informații pertinente provenite de la surse multiple, utilizând metode multiple, cu scopul de a asigura o evaluare comprehensivă, validă și de încredere, ținând cont de diversitatea socială și culturală a persoanelor și contextelor luate în considerare;
- Sunt familiarizați cu metodele și instrumentele de măsurare utilizate în cadrul evaluării psihologice (teste, chestionare, inventare, scale, etc.), fiind capabili să selecteze instrumentele adecvate, să le administreze, scoreze și interpreteze;
- Sunt capabili să argumenteze alegerea unui anumit instrument de măsurare în detrimentul altuia, avantajele și dezavantajele instrumentului selectat;
- Susțin și explică rezultatele obținute în urma evaluării în fața unor factori de decizie nefamiliarizați cu această problemă, fiind capabili să-și adapteze discursul în funcție de persoanele cu care interacționează;
- Furnizează rapoarte clare ale evaluării și explicitează pe cale orală rezultatele obținute, evitând utilizarea unui limbaj de strictă specialitate și adoptând limbaje alternative, în funcție de contextul judiciar concret.

b. (Competența de) Intervenție. Specialiștii în psihologie judiciară și criminalistică:

- Sunt familiarizați cu metodele de intervenție utilizate în domeniul judiciar;
- Sunt capabili să argumenteze alegerea unei anumite metode de intervenție în detrimentul alteia, pornind de la avantajele și limitele acestora;
- Anticipează și analizează impactul demersului de intervenție în funcție de cazurile concrete;
- Argumentează și susțin necesitatea unei intervenții;
- Dispun de abilitatea de a elabora un plan de intervenție coerent și adecvat persoanelor implicate și contextului judiciar specific, ca și de a-l duce la bun sfârșit;
- Selectează strategiile cele mai eficiente în ceea ce privește implementarea intervenției, anticipând dificultățile care ar putea surveni de-a lungul procesului;
- Controlează în mod eficient procesul de intervenție, în cursul diferitelor etape ale acestuia;
- Se raportează permanent la obiectivele planificate și rezultatele anticipate ale demersului de intervenție, introducând corecțiile necesare, atunci când constată eficiența scăzută sau întârzierea în atingerea acestora.

c. (Competența de) Consiliere / oferire de consultanță. Legat de această competență funcțională, psihologii judicari:

- Recunosc și își asumă diferite roluri de consiliere / consultanță în context judiciar;
- Anticipează dificultățile care ar putea surveni în adoptarea unui anumit rol profesional;
- Decid cu bună credință în ceea ce privește asumarea sau evitarea unui anumit rol;
- Identifică, evită sau soluționează în mod obiectiv posibilele conflicte de interese în adoptarea diverselor roluri profesionale;



- Demonstrează abilitatea de a furniza servicii de consultanță / consiliere, prin aplicarea în practica profesională a cunoștințelor, deprinderilor, abilităților pe care le dețin.

d. Aplicații ale cunoștințelor științifice fundamentale. Specialiștii în psihologie judiciară și criminalistică:

- Utilizează cunoștințele științifice fundamentale, ca și cele din literatura de specialitate în practica psihologiei judiciare;

- Se preocupă de a fi la curent cu informațiile științifice și profesionale recente, în scopul aplicării în activitatea profesională.

e. (Competența de) Supervizare / Furnizare de formare / Managementul activității judiciare. Psihologii judiciari și criminaliști:

- Posedă un nivel de cunoaștere adecvat privind standardele profesionale, competențele fundamentale din contextul judiciar, ca și metodele de supervizare, în scopul de a putea superviza alți specialiști din domeniu, ca și pentru instruirea unor studenți sau chiar formatori / trainer;

- Demonstrează o foarte bună cunoaștere a standardelor etice și de conduită profesională, a standardelor de competență profesională în ceea ce privește supervizarea, furnizarea de formare profesională și managementul activității judiciare;

- Cunoște și anticipează posibilele probleme care pot surveni în supervizarea, furnizarea de formare profesională și managementul activității judiciare;

- Posedă capacitatea de a soluționa problemele și conflictele menționate;

- Dispune de abilitatea de a planifica, implementa și evalua calitatea actului de supervizare, formare și management al activității profesionale în practica judiciară.

## 5. CONCLUZII

Analiza interdisciplinară a activităților generale și a sarcinilor specifice pe care psihologii judiciari și criminaliști le îndeplinesc în practica profesională relevă existența unor seturi complexe de competențe (definite prin cunoștințe și abilități, prin atitudini și valori bine conturate). În mod evident, programele de formare ar trebui să evite tendința de limitare la un singur domeniu științific specific (fie psihologie, fie medicină / psihiatrie, fie științe juridice). Singura soluție de succes în formarea unor specialiști care să exceleze în practica judiciară devine, în acest context, conceperea și organizarea unor programe interdisciplinare de studiu (atât la nivel academic, cât și profesional), cu atât mai mult cu cât toate aceste specializări sunt considerate profesii liberale, dispunând în consecință de grade ridicate de libertate în organizarea și derularea programelor de formare.

## 6. BIBLIOGRAFIE

British Psychological Society (2006a). *Assessment of capacity in adults: Interim guidance for psychologists*. Leicester.

British Psychological Society (2006b). *Code of ethics and conduct*. Leicester.

British Psychological Society (2005). *Code of good practice for psychological testing*. Leicester.

British Psychological Society (2007). *Child protection portfolio*. Leicester.

British Psychological Society. Division of Forensic Psychology (2002). *Ethical guidelines on forensic psychology*. Leicester.

British Psychological Society (2007). *Expert witnesses: Guidance and procedure for England and Wales*. Leicester.

British Psychological Society. Division of Occupational Psychology (2006). *Guidelines for professional practice and conduct of occupational psychologists*. Leicester.

British Psychological Society. Division of Counselling Psychology (2007). *Guidelines for Supervision*. Leicester.

British Psychological Society. Division of Clinical Psychology (2006). *Practice guidance on consent for clinical psychologists working with children and young people*. Leicester.

British Psychological Society (2004). *Private practice as a psychologist*. Leicester.

British Psychological Society. Division of Education and Child Psychology (2004). *Professional practice guidelines*. Leicester.

British Psychological Society. Qualification Office (2011). *Qualification in Forensic Psychology (Stage 2). Candidate Handbook*, <http://www.bps.org.uk/careers-education-training/society-qualifications/forensic-psychology/prospective-candidates/prospec> (accesat 12.10.2012).

Brown, Jennifer M., Campbell, Elizabeth A. (editors). (2010). *The Cambridge Handbook of Forensic Psychology*. Cambridge University Press, Cambridge.

Canter David (2010). *Forensic psychology: a very short introduction (very short introductions)*, Oxford University Press, New York.

Carson David, Bull Ray (editors). (2003). *Handbook of psychology in legal contexts*, John Wiley & Sons Ltd, The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex.

Godwin, Grover Maurice (editor) (2001), *Criminal psychology and forensic technology: a collaborative approach to effective profiling*, CRC Press, Boca Raton, London, New York, Washington.

Gudjonsson, Gisli H. (2003). *The Psychology of Interrogations and Confessions*, John Wiley & Sons Ltd, The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex.

Goldstein, Alan M. (editor). *Handbook of psychology. Volume 11. Forensic Psychology* (2003). John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey.

Kat, B. (1994). Confidentiality in the NHS. *The Psychologist*, 7(11), 485.

Kaufman, Alan S., Kaufman, Nadeen L. (Series Editors) (2010). *Essentials of Forensic Psychological Assessment (Second Edition)*. John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey.

Macmillan Neel A., Creelman C. Douglas (2005). *Detection Theory: A User's Guide, (2nd edition)*.

Lawrence Erlbaum Associate, Mahwah, New Jersey London.



- Mart, Eric G. (2006). *In Forensic Psychology Practice. How to Create a Forensic Specialty in Your Mental Health Practice*. John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey.
- Milcu, Marius (2010). About the diversity of university organizations. Learning about managing differences. A case study, in Rusu Costache (ed.), *Quality management in higher education*, UT Press, Cluj Napoca, I, pp. 607-610.
- Milcu, Marius (2010). Considerații privind delinvența juvenilă: cauzalitate și implicații sociale. Individualitate vs. integrare socială”, in M. Milcu, *Cercetarea psihologică modernă. Direcții și perspective. Individ, grup, organizație: studii aplicative*, Ed. Univ. București, pp. 164-167.
- Milcu, Marius (2010). Devianță socială vs. delinvență juvenilă. O abordare cauzală, in. M. Milcu, *Cercetarea psihologică modernă. Direcții și perspective. Individ, grup, organizație: studii aplicative*, Ed. Univ. București, , pp. 168-171.
- Milcu, Marius (2009). Strategies and techniques used in conflict management within work groups and organizations: a practical guide, in Oprean, C., Grunwald, N., Kifor, C.V., *Conference proceedings. Balkan Region Conference on Engineering and Business Education. & International Conference on Engineering and Business Education* , Ed. Univ. „Lucian Blaga”, Sibiu, 2009, vol. II, pp. 553 – 556.
- Pfäfflin Friedemann, Adshead Gwen (2004). *A Matter of Security. The Application of Attachment Theory to Forensic Psychiatry and Psychotherapy*. Jessica Kingsley Publishers, London.
- Roesch Ronald, Patricia A., Hart Stephen D. (2010). *Forensic psychology and law*, John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey.
- Schuller, R.A., & Ogloff, J.R.P. (Eds) (2001). *Introduction to Psychology and Law: Canadian Perspectives*. University of Toronto Press, Toronto.
- Towl Graham. J., Crighton David A. (editors). (2010). *Forensic Psychology*, Willey-Blackwell.
- Weiner, Irving B., Hess, Allen K. (editors) (2006). *The Handbook of Forensic Psychology (Third Edition)*. John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey.



# PSIHOLOGIA GRUPURILOR MICI ÎN MEDIUL INFRAȚIONAL. STUDIU DE CAZ

MARIUS MILCU

Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu, Romania, marius.milcu@ulbsibiu.ro

**REZUMAT:** Articolul de față are ca obiect de studiu un grup cu o bogată activitate infracțională, obiectivul nostru fiind de a realiza o analiză psihologică, comportamentală și socială aprofundată a fiecărui membru al acestuia, propunându-ne să utilizăm o perspectivă de tip *profiler* în analiza individuală și socială a a grupului respectiv. Metoda de cercetare utilizată este studiul de caz, instrumentarul fiind, la rândul lui, extrem de diversificat. Concluziile relevă importante implicații privind cauzalitatea actelor infracționale, ca și oportunitățile efective de recuperare și reinserție școlară / socială a membrilor grupului.

**Cuvinte cheie:** grup infracțional, infracțiune, delincvență, traiect infracțional, recuperare socială, reinserție socială, predicție comportamentală.

## 1. INTRODUCERE

Grupul infracțional pe care îl analizăm în cursul acestui articol s-a constituit și a acționat de-a lungul a 19 luni, dovedindu-se deosebit de activ la nivel infracțional și de periculos pentru comunitatea în care s-a manifestat. Vârsta precoce a majorității membrilor, conducerea acestora de către un infractor recidivism, evident mai experimentat și mai agresiv social, caracterul aparent sporadic și imprevizibil al modului de acțiune, zona de acțiune extinsă la nivelul unui întreg oraș au făcut din acest grup infracțional un adversar redutabil pentru forțele de ordine.

Datorită modului specific de acțiune și ratei maxime de reușită infracțională, s-au depus eforturi considerabile pentru capturarea grupului menționat, fără succes însă pentru o bună perioadă de timp. S-a încercat inclusiv atragerea în capcane, pe care forțele de ordine le-au întins în repetate rânduri, lansându-se informații cu privire la iminenta plecare în străinătate a unor persoane cunoscute ca fiind bine situate, bogate, locuințele acestora fiind supravegheate ulterior de către Poliție. Pentru multă vreme, rezultatele au întârziat să apară.

Grupul infracțional a fost capturat, în cele din urmă, din pură întâmplare, atunci când unul dintre membrii acestuia (minor de 13 ani, însărcinat cu vinderea bunurilor sustrase) a încercat să vândă un telefon mobil tocmai unui polițist aflat în timpul liber. Adus la sediul Poliției și supus unei anchete sumare, acesta a început să dezvăluie treptat activitatea grupului și identitatea membrilor săi.

Elucidarea acestor aspecte constituie obiectul prezentului articol.

**Notă:** Pentru informații suplimentare privind profilul psiho-comportamental al fiecărui membru al grupului infracțional analizat, consultați articolul *Analiza psiho-dinamică a grupului infracțional* (Marius Milcu, 2013), unde sunt prezentate detaliat următoarele aspecte:

- compoziția grupului;
- antecedente medicale și psihologice;
- distribuția sarcinilor;
- istoria grupului infracțional;
- alte persoane implicate;
- familiile de proveniență;

- relevanța datelor recoltate în urma investigațiilor realizate de către poliție, asistența socială, servicii de psihologie, etc.;

- relațiile interpersonale (atracție și respingere la nivel interpersonal) în cadrul grupului infracțional;

- modus operandi;

- măsurile judiciare luate împotriva grupului infracțional;

- posibilitățile de recuperare și reinserție socială a delincvenților;

- aspecte care nu au făcut obiectul investigației.

## 2. METODOLOGIA CERCETĂRII

Metoda utilizată este cea a studiului de caz.

Instrumentele pe care le-am aplicat în vederea atingerii obiectivelor de cercetare sunt următoarele:

- Analiza documentelor (depoziții, mărturii, etc);

- Anamneza;

- Interviu cu diverse persoane (membrii grupului, poliști, avocați, profesori, membrii familiilor celor implicați, etc.)

- Testele psihologice;

- Sociometria.

## 3. REZULTATELE CERCETĂRII

### SUBIECTUL S1 (MÂNA GRUPULUI)

**Vârsta:** 16 ani.

**Sex:** masculin.

**Faptele care formează obiectul inculpării:** furt.

**Mediul familial și social**

Locuiește cu bunicii materni și cu fratele de mamă (acesta fiind în vârstă de 26 de ani) în localitatea L., într-o locuință acoperită cu tablă, iluminată electric, formată din două camere și bucătărie. Locuința respectivă nu oferă condiții de trai satisfăcătoare, aflându-se într-o stare de degradare avansată și necesitând reparații / îmbunătățiri multiple. Minorul a fost crescut de mic de bunici, declarând că nu îl cunoaște prea bine pe tatăl său.

Provine dintr-o familie destrămată, mama lui fiind recăsătorită de mai multe ori, având relații de



concubinaj cu mai multe persoane. Aceasta locuiește în prezent în altă localitate, lucrând ca dulgher la o firmă de construcții. Mama minorului pastrează o legătură lipsită de continuitate cu el și fratele lui, din declarațiile acestuia rezultând că, în general, obișnuia să treacă pe la casa bunicilor doar de câteva ori pe an. De asemenea, aceasta se implică foarte rar în susținerea materială a copiilor. Tatăl minorului a părăsit familia în urmă cu 10 ani, acesta nefiind sub nicio formă interesat de soarta copiilor.

Veniturile familiale sunt foarte mici, fiind formate din pensia bunicilor și din câștigurile obținute de către fratele mai mare al minorului din munca prestată „cu ziua” la diverse persoane din sat.

Anturajul lui S1 este format îndeosebi din minori de vârste diferite. În ultimele luni a fost văzut în permanență împreună cu un alt minor, implicat și el în acest caz.

Minorul nu are un comportament decent / respectuos în raport cu persoanele în vârstă, permițându-și foarte frecvent replici și reacții mai mult sau mai puțin impertinente. În schimb, în timpul în care s-a aflat în arestul Poliției, acesta a avut un comportament cât se poate de cooperant. Bunicii nu au cunoscut implicarea minorului în comiterea infracțiunilor de furt.

#### **Evoluția situației școlare și profesionale**

Minorul a frecventat Școala Generală, dar în clasa a VI-a a rămas repetent la disciplinele *Matematică și Limba română*. Astfel, minorul a abandonat școala, principalele motive ale abandonului fiind scăderea randamentului școlar, frecvența ridicată a abaterilor de la normele de conduită din școală, precum și lipsa controlului și a susținerii din partea familiei. Nu are niciun fel de preocupări intelectuale și nici nu prezintă vreun interes pentru activități sportive.

A afirmat că, după împlinirea vârstei de 18 ani, intenționează să presteze diferite munci agricole, care să-i aducă un venit minim de subzistență.

#### **Traiect infracțional**

Minorul se afla de mai multă vreme în atenția Poliției din localitate, fiind deseori verificat și audiat, deoarece a mai fost implicat într-un caz de furt de fier vechi dintr-o gospodărie din sat. Datorită faptului că era sub observația poliției, tânărul a hotărât să plece din localitate, stabilindu-se temporar în localitatea M., locuind cu chirie într-o casă particulară.

Începând cu luna mai 2005 a comis un număr de peste 20 de infracțiuni de furt din locuințe. El și-a recunoscut fără ezitare faptele de care este acuzat. Chiar mai mult, acesta a dezvăluit poliștilor o serie de informații care nu apăreau ca sesizări din partea cetățenilor, care nu figurau în evidențele operative ale Poliției.

Toate infracțiunile săvârșite le-a comis împreună cu alți minori, declarând că nu a operat niciodată singur și pe cont propriu.

Din punct de vedere fizic se caracterizează printr-o talie mică, fapt care i-a permis să se strecoare cu ușurință prin spații mici (este vorba despre ferestrele deschise ale locuințelor) și să-și însușească o serie de obiecte și bani pe care le găsea în locuințe. Nu observa din timp sau nu observa un timp îndelungat apartamentul sau casa unde urma să acționeze, bazându-se întotdeauna pe suportul grupului, toți membrii acestuia aflându-se în

imediată apropiere. Nu avea o preferință deosebită în alegerea obiectelor, sustrăgând de regulă obiectele care se aflau în proximitatea sa și evitând scotocirea sistematică a locuinței. Acest fapt îi permitea să rămână în incita locuințelor vizate foarte puțin timp, diminuând astfel asumarea unor riscuri inutile.

De mai multe ori a plătit chiria percepută de gazdă cu bunurile sustrate. Obiectele însușite fraudulos erau ulterior vândute la prețuri mult sub valoarea lor reală, banii obținuți în acest mod fiind folosiți pentru procurarea de mâncare sau fiind risipiți, în general, la jocuri de noroc de tip electronic.

Recunoaște faptele comise, fiind cooperant pe timpul derulării anchetei și investigațiilor.

În prezent se află în faza de judecată.

#### **Antecedente patologice și psihiatrice**

Fără probleme de sănătate, nedeclărând antecedente de ordin medical în perioada copilăriei. Expertiza psihiatrică a pus în evidență faptul că nu prezintă tulburări de natură să-i afecteze discernământul.

#### **Evaluarea psihologică**

Nivelul de inteligență este mediu. Este dotat cu o memorie bună și cu capacități de gândire deductivă de nivel acceptabil. Abilitățile de tip scris – citit, calcul matematic se situează la un nivel mediu.

Testul de personalitate evidențiază o instabilitate emoțională puternică. Este introvertit, deprins cu minciuna. Personalitatea subiectului este structurată pe un fond temperamental melancolic. În plan afectiv, reacționează brutal față de oameni. Deși resimte și conștientizează starea de singurătate, în mod paradoxal pare să o prefere. Acuză o dispoziție proastă, tristete. Imaturitate afectivă.

Exprimă o concepție egocentrică, atitudine de neîncredere și suspiciune față de ceilalți. Prezintă dificultăți majore de adaptare la mediu. Stima de sine este scăzută. Contactele sociale sunt limitate și dificile, iar nevoia de putere se dovedește a fi importantă. Din aceste motive, de altfel, afirmă că grupul infracțional era condus de el, fapt care nu este adevărat.

Atitudinile morale sunt neconturate, iar cele religioase lipsesc cu desăvârșire. Are o atitudine cât se poate de tolerantă față de devianță, normele sociale fiind considerate drept nesemnificative.

Prezintă dificultăți de relaționare deosebit de pronunțate, fiind o fire introvertită, puțin interesată de comunicare, de cunoașterea altor experiențe de viață. De remarcat faptul că este cu totul refractar la sfaturile și recomandările celor din jur.

**Comportamentul pe timpul aplicării probelor:** nu a fost refractar la administrarea probelor. A manifestat însă o stare de oboseală accentuată și a făcut multe pauze, dorind să fumeze. Nu i-a plăcut în mod deosebit să comunice, informațiile date fiind foarte scurte și sărăcăcioase.

**Motivația declarată a alegerii acestei variante de trai:** Mobilul acțiunilor de furt l-a constituit, conform declarațiilor sale, lipsa banilor necesari procurării mijloacelor elementare de subzistență (hrană, îmbrăcăminte, etc).

**Motivația reală a alegerii acestei variante de acțiune:** Nevoia de putere, stima de sine scăzută, complexe de inferioritate.



Influența prietenilor, curiozitatea, teribilismul, nevoia de bani.

**Perceperea stării de fapt:** se simte bine în grupul din care face parte și pe care își dorește să îl conducă; nu intenționează să-și găsească un loc de muncă, care să-i permită să renunțe la acest mod de viață. Accentuează responsabilitatea altora față de situația și faptele lui, fiind lipsit de orice tendință de autoculpabilizare.

**Predicții comportamentale:** în absența oricărui control din partea familiei și a școlii, este foarte posibil ca acest comportament să remită. De aceea este necesară o intervenție socială de instituționalizare, în cadrul căreia să aibă asigurată consilierea psihologică suportivă sau chiar intervenția terapeutică.

## SUBIECTUL S2

**Vârsta:** 14 ani

**Sex:** masculin

**Domiciliul:** localitatea M.

**Faptele care formează obiectul inculparii:** furt.

**Mediul familial și social**

Crește într-o familie aparent consolidată și organizată. Ambii părinți sunt șomeri, beneficiind de ajutor de somaj. Are un frate mai mic. Locuința dispune de un confort acceptabil, fiind formată din două camere plus dependințe, copilul neavând camera lui.

Din punct de vedere material, situația familiei este necorespunzătoare. Cele mai multe sarcini și le atribuie mama, prin forța împrejurărilor, fiind ajutată sporadic de către soț și copii. Tatăl ține legătura cu școala și pare sincer interesat de evoluția școlară a copiilor. Zilnic mama își petrece timpul cu copiii, exercitând însă un control nu îndeajuns de strict asupra preocupărilor acestora.

Relațiile cu fratele cel mic se caracterizează prin respect și afecțiune. Este atașat de mamă, temându-se în schimb de autoritatea tatălui, cu toate că acesta nu a avut vreodată tendințe de agresiune asupra lui.

**Evoluția situației școlare și profesionale**

Este elev în clasa a IX-a la un Grup Școlar Industrial. Rezultatele la învățătură obținute până în prezent nu sunt tocmai satisfăcătoare, notele sale fiind cuprinse în intervalul 5-6. Tatăl declară că tânărul învață zilnic în medie trei ore. Este destul de frecvent certat pentru rezultatele slabe obținute la învățătură, îndeosebi de către tatăl lui.

Observațiile directorului instituției școlare conduc la constatarea că părinții sunt dezinformați sistematic asupra grupului stradal din care copilul face parte.

La școală, colegii îl marginalizează, lucru care, cel puțin în aparență, nu îl afectează.

Lipsa motivației pentru învățare s-a observat începând din clasa a VI-a și are la bază (potrivit declarațiilor sale) indiferența părinților față de acest aspect (????!!). Astfel, situația școlară s-a menținut în zona *mediocru* spre *slab*, elevul mulțumindu-se cu medii la limita promovării. Nu a manifestat nici un interes deosebit pentru vreo disciplină anume.

Începând din clasa a VII-a a început antrenamentul sportiv la un club de fotbal din localitate, în consecință numărul absențelor crescând substanțial.

**Traiect infracțional**

Minorul are numeroși prieteni în cartier, având un anturaj de băieți răufăcători de diferite vârste, care l-au folosit la ascunderea și la vânzarea unor lucruri furate (în special telefoane mobile). Din cercetările întreprinse, ca și din declarațiile sale și ale celorlalți infractori, a rezultat faptul că minorul S2 nu a participat efectiv la sustragerea bunurilor din locuințe.

În perioada în care a aderat la grupul infracțional, tatăl său nu se afla în localitate, stând la spital cu mama minorului, acesta din urmă rămânând nesupravegheat. În acel moment, mama lui a suferit o intervenție chirurgicală, fiind internată în spital.

În prezent a fost scos de sub urmărire penală, fiind doar amendat.

**Antecedente patologice și psihiatrice**

Nu se cunosc antecedente patologice cu valoare semnificativă. Expertiza psihiatrică a pus în evidență faptul că nu prezintă tulburări de natură a-i afecta discernământul.

**Evaluarea psihologică**

Sub aspect intelectual, rezultatele testului relevă un coeficient de inteligență mediu. Abilitățile scris-citit, calculul matematic se situează, de asemenea, la un nivel mediu.

Prezintă caracteristicile obișnuite ale unui eu slab: emotivitate, imaturitate afectivă, instabilitate psihică. Reacționează la frustrare într-o manieră preponderent emoțională. Inconstant în atitudini și interese, este excitabil și hiperactiv. Este neliniștit, foarte implicat în conflicte, agitat.

Nivelul scăzut al maturității psihice se datorează mai ales carențelor afective din familie. Stima de sine este relativ scăzută. Prezintă o capacitate sporită de disimulare, în încercarea de a face o impresie bună. Are o toleranță scăzută la frustrare, însoțită de iritabilitate, de scăderea capacității de autocontrol.

Are un temperament coleric. Manifestă o puternică dorință de libertate, în special financiară, dorință care este absolut nejustificată.

**Comportamentul pe timpul aplicării probelor**

Subiectul a lucrat destul de greu, cu numeroase erori, nereușind să se încadreze în timp, punând multe întrebări care nu erau necesare. Se poate afirma că nu a fost refractar la administrarea probelor.

**Motivația declarată a alegerii acestei variante de acțiune**

Invocă aproape permanent lipsa de bani drept cauză principală a comiterii infracțiunii. A declarat că a vrut să-și ajute familia (mama) cu banii obținuți. Prin aceasta, s-a dovedit a fi mincinos, deoarece nu a folosit banii pentru scopul menționat. Dimpotrivă, banii respectivi au fost cheltuiți în săli de internet, la jocuri pe calculator.

**Motivația reală a alegerii acestei variante de acțiune**  
Influența prietenilor, curiozitatea, teribilismul, nevoia de bani pentru distracții.

**Perceperea stării de fapt**

Recunoaște fapta comisă, fiind cooperant pe timpul anchetei și investigațiilor.

Afirmă că regretă ceea ce a făcut, nu dorește să mai relaționeze cu niciunul dintre membrii acestui grup. Dorește să treacă repede peste acest eveniment, să



merge la școală și să-și îndrepte situația școlară și comportamentul.

#### **Predicții comportamentale**

Este necesar un control susținut al activității copilului în cadrul grupului stradal, pentru a-l feri de alte influențe nefaste, de aparentele beneficii ale unor comportamente deviante. Dacă familia și școala vor acționa pozitiv asupra copilului, acesta se va putea reintegra afectiv și relațional, având potențial de a depăși acest moment.

### **SUBIECTUL S3**

**Vârsta:** 16 ani.

**Sex:** masculin.

**Domiciliul:** localitatea M.

**Faptele care formează obiectul inculpării:** furt.

#### **Mediul familial și social**

Familia este organizată, fiind formată din cei doi părinți, o fiică și patru băieți, subiectul fiind cel mai mic ca vârstă. Toți ceilalți copii au câte un loc de muncă.

Apartamentul este proprietate personală, având în componență două camere plus dependințe. Locuința este modest mobilată, dar destul de bine întreținută și dotată cu strictul necesar.

Mama are studii medii (10 clase), fără loc de muncă, beneficiind de ajutor de somaj. Tatăl este angajat ca zugrav la o firmă de construcții, având un salariu modest. De asemenea, acesta mai desfășoară și alte activități (în special amenajări interioare) în regim propriu, fiind însoțit de băieții săi la aceste activități, frecvent întorcându-se acasă destul de târziu.

Din analiza documentelor, a discuțiilor purtate, rezultă că familia este una obișnuită, fără a ieși în relief prin ceva anume. Climatul și atmosfera atât dintre părinți, cât și dintre părinți și copii este unul de înțelegere, fără certuri și neînțelegeri majore.

#### **Evoluția situației școlare și profesionale:**

În prezent, minorul este elev în clasa a X-a la un Grup Școlar Industrial din localitate. Rezultate școlare sunt satisfăcătoare.

Subiectul declară că pe parcursul școlarității nu a înregistrat abateri de la normele impuse, s-a adaptat cu ușurință la mediul școlar, având rezultate bune la învățătură, numărul de absențe înregistrate fiind mic. Toate aceste elemente au fost confirmate și de către conducerea școlii.

Recunoaște că, de regulă, era neglijent în pregătirea lecțiilor, alocând puțin timp, preferând să copieze temele de la alții. În majoritatea timpului liber preferă să se întâlnească cu diferiți prieteni și să hoinărească prin oraș.

#### **Traiect infracțional**

Este acuzat că a participat la comiterea a 7 infracțiuni. Subiectul cunoștea intențiile celorlalți membri ai grupului infracțional, dar declară că nu a participat activ la comiterea infracțiunilor respective. Deși, după afirmațiile sale, a conștientizat pericolul faptelor, acesta a continuat să participe la acțiunile de furt, însușindu-și o parte din bunurile sustrate și din bani.

În prezent se află în faza de judecată.

#### **Antecedente patologice și psihiatrice**

Starea de sănătate este bună, subiectul neprezentând aspecte de natură patologică.

### **Evaluarea psihologică**

Nivel bun de inteligență (mediu-superior).

Destul de neglijent în ținută și în activitate, impulsiv. Este ușor adaptabil. Stare de abandon în fața impresiilor momentului. Foarte ușor influențabil.

Dispune de o percepție complexă, având un foarte bun spirit de observație. A încercat pe parcursul anilor diverse experiențe relaționale, ceea ce îi ușurează comunicarea cu persoane de diferite vârste și de diferite condiții sociale. Are o exprimare ușoară și corectă gramatical, ca și un vocabular destul de bogat. Prin vestimentație și comportament, reușește să suscite încredere celor din jur.

În cadrul grupului infracțional era sociabil, simpatizat de majoritatea membrilor, analiza sociometrică punând în evidență cel mai mare indice preferențial.

Temperament flegmatic. Nivelul de cultură este mediu, minorul fiind adept al stilului de viață de cartier și dispunând, în consecință, de limbaj, vestimentație, valori, norme și practici sociale specifice.

#### **Comportamentul pe timpul aplicării probelor**

Subiectul dorește să pară calm, reținut, uneori chiar nepăsător. Cu toate acestea, s-a dovedit a fi extrem de sensibil, în două rânduri izbucnind în plans pe timpul interviului. Este rezistent la solicitări repetitive, îndelungate.

#### **Motivatia declarată a alegerii acestei variante de acțiune**

Minorul a invocat permanent drept cauză starea de sărăcie în care trăiește familia.

Potrivit spuselor sale, deși simțea teama și frica, lipsa de bani l-ar fi determinat să participe la săvârșirea acestor infracțiuni. Aceste afirmații sunt însă de natură să indice o anumită tendință de disimulare / de falsificare a realității, deoarece nivelul veniturilor din familie, deși modest, permite totuși satisfacerea nevoilor fundamentale ale tuturor membrilor ei.

**Motivatia reală a alegerii acestei variante de acțiune**  
Nevoia de bani pentru procurarea de alcool, influența nepotrivită a grupului de prieteni, entourageul nepotrivit, teribilismul.

Deși neagă faptul că obișnuiește să consume alcool, ceilalți membri ai grupului au declarat că deseori subiectul obișnuia să o facă. Astfel, o mare parte din banii obținuți îi cheltuia pe procurarea și consumul de alcool. De cele mai multe ori, acesta ajungea la o stare de ebrietate avansată.

#### **Perceperea stării de fapt**

Sentiment de rușine, vinovăție, izolare. Conștientizează entourageul nefast și îi pare rău de situația în care a ajuns.

#### **Predicții comportamentale**

Subiectul necesită, în mod indicutabil, o supraveghere intensă atât din partea familiei, cât și a școlii, în cadrul căreia să aibă asigurată consiliere psihologică suportivă sau chiar intervenție terapeutică, pentru reducerea / eliminarea consumului de alcool din existența sa.

### **SUBIECTUL S4**

**Vârsta:** 13 ani.

**Sex:** masculin.

**Domiciliul:** localitatea L.

**Faptele care formează obiectul inculpării:** furt.



### Mediul familial și social.

Provine dintr-o familie puternic dezorganizată, aflată în criză, având un nivel redus de aspirații. Tatăl subiectului a părăsit familia în urma cu 3 ani, dar nu a rupt relațiile cu mama subiectului și cu ceilalți membri ai familiei. Apartamentul deținut anterior a fost vândut de către mama copilului.

Familia este foarte numeroasă, fiind compusă din 9 copii (7 băieți și 2 fete), cu vârste cuprinse între 13 și 27 de ani. Fratele cel mai mare al subiectului este încarcerat, la ora actuală, în Penitenciarul de maximă securitate Jilava. Un alt frate este plecat de acasă de 4 ani, iar despre acesta nu se cunosc niciun fel de informații.

Relațiile dintre tată și subiect au fost foarte tensionate, copilul declarând ca tatăl său venea beat acasă și îl bătea în permanență, de cele mai multe ori fără motiv. Tratamentul aplicat minorului era extrem de dur, acesta declarând că prefera orice altceva decât să se mai întoarcă acasă. Comportamentul agresiv al tatălui, determinat îndeosebi de consumul exagerat de alcool, se răsfrangea, de asemenea, și asupra celorlalți membri ai familiei, care beneficiau la rândul lor de același tratament. Acest lucru a fost confirmat și de către mama subiectului.

Nici între mamă și subiect relațiile nu erau tocmai firești, mama acestuia recunoscând că nu o interesează câtuși de puțin soarta copilului, deoarece *nu se poate înțelege cu el și are alte priorități*. Mama minorului a argumentat că trebuie să se ocupe mai ales de fete, care sunt *cumini și ascultătoare*.

Minorul are relații interpersonale neutre cu ceilalți frați și surori, fără a fi apropiat în mod particular de vreunul dintre aceștia.

### Evoluția situației școlare și profesionale

A fost înscris la școala generală din localitate, dar a abandonat-o în clasa a VI-a (2004), rămânând corigent la disciplinele Chimie și Limba Română. Din ancheta socială întreprinsă, rezultă că subiectul nu manifestă interes pentru activitatea școlară, în plus având în repetate rânduri abateri comportamentale grave.

Din discuțiile purtate cu subiectul, a reieșit faptul că acesta nu a fost prea interesat de evoluția școlară, deoarece profesorii *nu-i acordau atenție, îl persecutau*, iar acasă *evoluția sa școlară nu interesa pe nimeni*.

### Traiect infracțional

Pe fondul unor trăsături comportamentale neadecvate, minorul a intrat deseori în contradicție cu părinții, frații și surorile, cu vecinii, profesorii și chiar cu alți copii / colegi. De la vârste fragede s-au înregistrat fuga de acasă, vagabondajul, absenteismul școlar, dar și numeroase acte agresive, violente.

Subiectul mai are antecedente infracționale de același tip, fiind bănuț că a mai participat în trecut și la alte infracțiuni de furt. Din discuțiile purtate cu mama subiectului, rezultă că în trecut aceasta l-a predat organelor de Poliție, în momentul în care a luat la cunoștință de faptele comise de către copil.

Datorită mediului familial necorespunzător, a abandonului școlar, datorită atitudinilor frecvente de respingere afectivă și de limitare a libertății, prin sancțiuni exagerat de severe, minorul și-a găsit rapid suportul afectiv în cadrul grupului infracțional. În urma

divergențelor avute cu mama sa, minorul a plecat de acasă, stabilindu-se împreună cu S1 într-o altă localitate, în locuința în care acesta locuiește în chirie.

Subiectul a participat la comiterea a 21 fapte. A recunoscut cu ușurință faptele comise, inclusiv alte infracțiuni săvârșite cu mult timp în urmă, pe care Poliția nu i le atribuia acestuia.

### Antecedente patologice și psihiatrice

Starea sănătății este foarte bună. Nu prezintă tulburări de natură să-i afecteze discernământul.

### Evaluarea psihologică

Inteligența subiectului este de nivel mediu-inferior. Abilitățile de scriere-citire, ca și cele de calcul matematic sunt rudimentare.

Prezintă o conduită insensibilă, arogantă și disprețuitoare. Manifestă iritabilitate, impulsivitate și agresivitate la contrariere, opoziție sau incitare. Prezintă o torelanță redusă la frustrare, ca și un prag foarte scăzut la descărcare prin violență. Mai mult decât atât, are o tendință pronunțată de a-i blama și a-i injuria pe alții pentru comportamentul lui infracțional (familia, rudele, frații, etc.).

Dă dovadă de instabilitate psihică, la fel și în plan relațional și emoțional. La incapacitatea de a menține relații interpersonale autentice se adaugă imposibilitatea de a desfașura o activitate impusă pentru o perioadă mai lungă de timp.

Subiectul nu este deloc docil, ci dimpotrivă, se manifestă violent, obraznic, agresiv, necioplit. Se constată lipsa aprofundării și evaluării adecvate a consecințelor actelor comise, minorul fiind complet indiferent în ceea ce privește destinul său.

Prezintă iritabilitate, imaturitate afectivă, dificultăți de autocontrol și autoreglaj, intoleranță la frustrare. Stima de sine este scăzută. Nu pare să aibă capacitatea de a surmonta o situație oarecare de frustrare. Dă dovadă de un egoism exacerbat.

Temperamentul său este de tip coleric.

### Comportamentul pe timpul aplicării probelor

Minorul a acceptat administrarea probelor, dar s-a plictisit destul de repede. Deși nu s-a simțit în largul său, a făcut frecvent diverse comentarii.

### Motivația declarată a alegerii acestei variante de acțiune

Potrivit declarațiilor minorului, furtul este singurul mod de procurare a celor necesare traiului, iar grupul infracțional constituie singura familie adevărată pe care a avut-o vreodată.

### Motivația reală a alegerii acestei variante de acțiune

Nivelul de viață și statutul economic al familiei, gradul de instruire și educație al părinților au favorizat abandonul școlar al subiectului, pe fondul unor norme și valori sociale incerte.

Grupul infracțional l-a adoptat și l-a socializat rapid, în absența oricărui control exercitat de către familie.

Conduitele agresive ale tatălui față de copii în familia de origine l-au împins pe minor spre comportamentele deviante.

### Perceperea stării de fapt

Minorul nici măcar nu se obosește să afișeze regret sau remanare. Se poate remarca ușor lipsa oricăror sentimente de vinovăție în ceea ce privește actul infracțional.



**Predicții comportamentale**

Întrucât, ca și până în acest moment, estimăm că subiectul nu va beneficia de suport material și afectiv din partea părinților, este foarte posibil ca el să repete aceste acte de infracționalitate. De aceea considerăm că se impune internarea într-un centru de reeducare / penitenciar de minori, unde va primi asistență de specialitate.

**SUBIECTUL S5 (LIDERUL GRUPULUI)**

**Varsta:** 20 ani.

**Sex:** masculin.

**Domiciliul:** locuiește cu chirie în localitatea M.

**Faptele care formează obiectul inculpării:** furt.

**Mediul familial și social**

Familie dezorganizată, caracterizată printr-o severitate excesivă și nepotrivită. Conform declarațiilor sale, a fost supus vreme îndelungată la tratamente abuzive în interiorul familiei. Nu a oferit informații suplimentare în această privință.

Nu a dorit să ofere multe date despre familia sa. Nu știe (sau nu vrea să amintească nimic) despre tatăl său. Despre mamă relatează doar câteva elemente, cu caracter neutru. Vorbește admirativ despre bunicii săi materni, care l-au crescut și care au decedat de curând. Afirmă că intenționează să se stabilească la casa acestora, undeva într-un alt județ și că dorește să-și întemeieze o familie.

**Evoluția situației școlare și profesionale**

Slabe rezultate școlare, dezinteres și absenteism. A abandonat școala cu 4 ani în urmă, pe când era în clasa a X-a.

A lucrat în mai multe locuri, fără carte de muncă. A motivat deseori schimbări prin faptul că patronii nu mai aveau nevoie de serviciile lui. Afirmă că dorește să aibă o slujbă care să-i permită satisfacerea nevoilor elementare ale existenței.

**Traiect infracțional :**

Subiectul este recidivist. A mai fost condamnat o dată pentru furt calificat. Violența verbală și comportamentală reprezintă modurile sale obișnuite de relaționare cu mediul social, de comunicare.

Pedeapsa primită anterior nu l-a determinat să-și revizuiască modul de viață sau sistemul de valori.

Din totalul infracțiunilor comise de grupul infracțional, a participat la comiterea a două fapte infracționale, după cum reiese din dovezile existente în dosarul său judiciar.

În prezent se află în faza de judecată.

**Antecedente patologice și psihiatrice**

Antecedente patologice fără importanță deosebită.

**Evaluarea psihologică**

Coeficientul de inteligență se situează la un nivel scăzut. Acesta este dublat de un deficit al activității de concentrare a atenției, de mobilizare, situație care face ca randamentul activităților de tip cognitiv să fie minim. Pare să-și găsească un refugiu în atitudinea de pasivitate și de nonimplicare în ceea ce întâmplă în jurul său. Are un control de sine redus, ca și acela în raport cu influențele mediului. Subiectul afișează o anumită ostilitate față de ceilalți, alimentată de frustrări, pe un fond de anxietate socială. Conștientizează în mod acut

lipsa oricăror perspective în ceea ce privește existența sa.

Marile deficiențe de instrucție și educație sunt ușor de remarcat în comportamentul său, în tot ceea ce face. Arată, vorbește și se poartă într-un mod rudimentar. Nu pare preocupat nici măcar de aparențe, ci se manifestă în completa sa nuditate psihologică și socială, pe care nu consideră necesar să o camufleze.

Este cu desăvârșire lipsit de atitudini empatice. Nu apreciază că ar fi necesar să se conformeze normelor sociale referitoare la comportamentul legal. Desconsideră dorințele, drepturile sau sentimentele altora. Obişnuiește să-i manipuleze pe cei din jur, în scopul obținerii unui profit personal.

Pattern-ul de impulsivitate se manifestă prin incapacitatea (evidentă, de altfel) de a face planuri dinainte, de a anticipa evoluția diverselor situații. Deciziile sunt luate întotdeauna sub imperiul momentului, fără un plan anume și fără a lua în considerație eventualele consecințe pentru sine și pentru alții.

Tabloul caracterial pune în evidență o multitudine de trăsături negative, între care pot fi enumerate superficialitatea, eschivarea de la muncă, impertinența, lipsa unui ideal.

Temperamentul subiectului este coleric.

**Comportamentul pe timpul aplicării probelor**

Subiectul și-a exprimat acordul pentru administrarea probelor, dar în realitate nu a oferit foarte multe date anamnestic.

**Motivația declarată a alegerii acestei variante de acțiune**

Imposibilitatea găsirii unei slujbe, care să-i asigure condiții decente de trai, ar constitui factorul care l-a determinat să participe la furturi.

**Motivația reală a alegerii acestei variante de acțiune**

În absența unei pregătiri profesionale și a unei calificări, nu reușește să se insereze social și profesional. Nu respectă nici un fel de reguli și dorește să-și controleze nu numai destinul propriu, ci și pe al altora. Este un infractor de tip achizitiv, trăiește din exploatarea neatenției și lipsei de vigilență a celorlalți.

A trăit și s-a dezvoltat în medii sociale cu totul nefavorabile, în anturaje cu mare potențial infracțional, dispunând în acest moment de o bogată experiență infracțională, atât personală, cât și achiziționată în mediul penitenciar.

**Perceperea stării de fapt**

Recunoaște fapta comisă și afișează regret. Dat fiind faptul că este recidivist, știe că va fi condamnat și este resemnat în fața acestei situații.

**Predicții comportamentale**

Incapacitatea de a învăța din experiențele negative trăite și din sancțiunile primite a determinat repetarea actelor comise. Apreciem că intervenția socială de instituționalizare, supravegherea specializată, în cadrul căreia să i se asigure o minimă educație profesională (calificarea într-o profesie oarecare), dar și consilierea psihologică suportivă și intervenția terapeutică, ar fi de natură să creeze condițiile favorabile pentru o eventuală recuperare și reinsertie socială a subiectului.



**SUBIECTUL S6 (LOCOTENENTUL GRUPULUI)**

**Vârsta:** 16 ani.

**Sex:** masculin.

**Domiciliul:** localitatea M.

**Faptele care formează obiectul inculpării:** furt din locuințe.

**Mediul familial și social**

Subiectul este copil unic și provine dintr-o familie dezorganizată, părinții săi fiind despărțiți legal în urmă cu mult timp. În urma pronunțării divorțului, minorul a fost încredințat spre creștere și educare mamei sale, care nu s-a recăsătorit și nici nu a avut relații apropiate cu vreun bărbat. Mama subiectului este absolventă a doar 10 clase, în prezent neavând un loc de muncă. Aceasta nu pare a fi exercitat vreodată un control eficient asupra copilului, lăsându-i un grad de libertate destul de mare.

Apartamentul în care locuiesc este format din două camere, fiind prost întreținut, dotat cu strictul necesar și modest mobilat.

**Evoluția situației școlare și profesionale**

Este elev în clasa a X-a la un Grup Școlar Industrial. Cunoștințele și deprinderile subiectului sunt de nivel mediu. Cu toate acestea, numeroasele absențe, ca și indiferența față de toate obiectele de studiu au făcut ca elevul să aibă o situație proastă la învățătură. Cu toate acestea, nu a înregistrat niciodată corigențe.

Nu au putut fi identificate niciun fel de date privind traiectul vocațional al acestuia (materii care să-l fi atras în școală, sporturi preferate, etc.).

**Traiect infracțional**

Pe fondul privării copilului de atitudini simpatetice și afective din partea familiei, dar și datorită absenței identificării cu unele modele morale autentice, acesta a preferat strada, cu regulile impuse de grupul de infractori, grup în cadrul căruia și-a găsit fără dificultate suport afectiv și recunoaștere.

A participat la comiterea a 6 fapte. În prezent se află în faza de judecată.

**Antecedente patologice și psihiatrice**

Subiectul prezintă antecedente patologice comune, lipsite de importanță.

**Evaluarea psihologică**

Intellectual, subiectul este de nivel mediu-inferior.

Datele culese indică un comportament de tip combativ de cele mai multe ori, uneori ușor agresiv. Subiectul este încăpățânat, sigur de sine, dornic să capteze atenția. Atitudinea de neîncredere și suspiciune se asociază cu comportamentul de tip delictual din perioada copilăriei. Instabilitatea crescută, tendința de a-i contrazice și contesta pe adulți (îndeosebi pe bărbați) s-a accentuat semnificativ după perioada divorțului părinților, fapt care l-a marcat profund.

**Motivația declarată a alegerii acestei variante de acțiune**

Plictiseala, teribilismul, dorința de a fi în centrul atenției.

**Motivația reală a alegerii acestei variante de acțiune**  
Dorința de imitare a adulților din cadrul grupului, de creștere a stimei de sine prin acordarea unui fals sentiment de superioritate, tentația banilor.

**Predicții comportamentale**

Considerăm că intervenția socială de instituționalizare, ca și supravegherea specializată aferentă, care să-i

asigure atât consilierea psihologică suportivă, cât și intervenția terapeutică necesară, ar putea crește probabilitatea unei reinserții sociale adecvate.

**SUBIECTUL S7**

**Vârsta:** 13 ani.

**Sex:** masculin.

**Domiciliul:** localitatea M.

**Faptele care formează obiectul inculpării:** furt.

**Mediul familial și social**

Subiectul provine dintr-o familie dezorganizată, părinții fiind divorțați încă din anul 1994. Mama minorului este implicată într-o relație de concubinaj care durează de 8 ani. Bărbatul cu care mama se află în concubinaj se poartă frumos cu membrii familiei. Subiectul mai are un frate și o soră, ambii minori, el fiind cel mai mic. Întreaga familie locuiește într-un apartament cu două camere, modest mobilat, dar care dispune de un confort minim necesar.

Mama minorului este salariată a unei firme cu capital de stat, având un salariu lunar cca. 700 RON.

**Evoluția situației școlare și profesionale**

Elev la școala generală, în clasa a VII-a. Până în acest moment, a obținut rezultate satisfăcătoare. Din discuțiile purtate cu mama minorului, a rezultat faptul că acesta a beneficiat de ajutorul mamei în pregătirea lecțiilor, în limita posibilităților, ca și de ajutorul celor doi frați mai mari.

Cu toate acestea, subiectul obișnuia în ultimul timp să-și pregătească cu superficialitate temele, preferând televizorul și hoinăritul împreună cu vecinii de bloc și cu alți copii. Numărul mare al absențelor, coroborat cu indiferența față de învățătură, au dus, în timp, la o situație școlară proastă.

**Traiect infracțional**

Minorul s-a împrietenit S5, vecin de cartier. Acesta l-a ademenit cu diferite lucruri și cu bani, propunându-i în cele din urmă să meargă cu el la diferite activități. Minorul a acceptat și, în consecință, a participat la comiterea unei infracțiuni, în urma căreia a primit suma de 250 RON. Întreaga sumă care i-a revenit în urma comiterii infracțiunii a cheltuit-o la un bar din localitate. În prezent a fost scos de sub urmărire penală, fiind doar amendat.

**Antecedente patologice și psihiatrice**

Nu are antecedente medicale semnificative sub raportul dezvoltării intelectuale și psihice, în general.

**Evaluarea psihologică**

Inteligența subiectului de nivel mediu (bun). Este dotat cu o memorie bună și cu capacități de gândire deductivă de nivel bun.

Subiectul are o ținută îngrijită, curată. Nu prezintă tulburări de percepție, atenție sau memorie. Ideea este coerentă, fără tulburări de ritm. Se poate identifica totuși o anumită rigiditate adaptativă, o capacitate deficitară de relaționare cu mediul.

S-a identificat, de asemenea, un comportament direct, naiv, sentimental, natural. Se interesează de alții și este relativ ușor de satisfăcut. Din mimică și gestică, apare ca obosit, plin de remușcări și ușor deprimat. Reacționează inadecvat la dificultăți și se descurajează cu ușurință.



Tabloul comportamental al subiectului evidențiază sentimente de culpabilitate. Temperamentul acestuia este melancolic.

#### **Comportamentul pe timpul aplicării probelor**

Minorul s-a dovedit a fi receptiv și cooperant.

#### **Motivația declarată a alegerii acestei variante de acțiune**

Viața de cartier, lipsa diversității oferite de familie, plictiseala, curiozitatea.

#### **Motivația reală a alegerii acestei variante de acțiune**

Lipsa unei implicări în activități specifice vârstei, care să-i ocupe timpul și să-i canalizeze preocupările și energia în direcții pozitive, lipsa controlului parental asupra anturajului minorului.

Influența nefastă exercitată asupra sa de către subiectul S5.

#### **Perceperea stării de fapt**

Afirmă că nu dorește cu niciun chip să repete aceste experiențe prin care tocmai a trecut. Tendințele de autculpabilizare sunt evidente.

#### **Predicții comportamentale**

Este necesar un control susținut al activității copilului în cadrul grupului stradal, cu scopul de a-l feri de alte influențe nefaste, de tipul comportamentelor deviante. Dacă familia și școala vor acționa pozitiv asupra copilului, acesta se va putea integra afectiv și relațional, șansele sale de a depăși cu bine acest moment neplăcut fiind crescute.

### **SUBIECTUL S8**

**Vârsta:** 14 ani.

**Sex:** masculin.

**Domiciliul:** localitatea M.

**Faptele care formează obiectul inculpării:** furt.

#### **Mediul familial și social**

Provine dintr-o familie normal constituită, având condiții de viață nesatisfăcătoare, fiind compusă din 7 membri. Întreaga familie locuiește într-un cămin social, locuința fiind foarte modest mobilată, dispunând doar de strictul necesar existenței.

Minorul a crescut într-o familie cu situație materială la limita subzistenței. Astfel, mama subiectului este absolventă a 10 clase, fără loc de muncă. Tatăl este beneficiar al Legii 416/2001, prestând ore de muncă în folosul comunității. Veniturile bănești ale familiei sunt realizate din cei 250 RON și din alocațiile copiilor.

#### **Evoluția situației școlare și profesionale**

Elev la școala generală, în clasa a VI-a. Din punct de vedere pedagogic, nivelul realizărilor școlare este nesatisfăcător. Până în acest moment, minorul a rămas repetent de două ori. Acesta are o motivație scăzută pentru școală, nu se integrează în colectivul clasei, lipsește zile întregi, nemotivat de la școală.

În familia sa nu s-a ocupat nimeni de educația și însușirea cunoștințelor necesare promovării anului școlar. Considerând-o absolut inutilă, a preferat să neglijeze școala și să desfașoare alte activități. A manifestat o atitudine indiferentă față de învățatură și față de alte obligații școlare.

A fost izolat de colectivul clasei (vezi evaluarea psihologică).

În plan vocational, nu s-au conturat opțiuni precise pentru un anumit domeniu de activitate profesională și nici nu are alte preocupări normale, specifice vârstei: sport, lectură, internet, muzică, etc.

#### **Traiect infraccional**

Subiectul a participat la comiterea a două fapte. Abandonând școala, fiind lipsit de un control și o supraveghere atentă din partea familiei, minorul a aderat ușor la viața grupului infraccional.

În prezent a fost scos de sub urmărirea penală, fiind doar amendat.

#### **Antecedente patologice și psihiatrice**

Fără boli cronice sau antecedente medicale din perioada copilăriei. Are un organism sănătos, este dezvoltat corespunzător vârstei.

#### **Evaluarea psihologică**

Coefficient de inteligență mediu-inferior. Abilitățile de tip scris-citit și calcul matematic sunt precare.

Subiectul este impulsiv, nestăpănit, trece cu ușurință de la o activitate la alta. Are o rezistență redusă la efort. Este ușor de convins, fiind foarte influențabil. Este o fire emotivă, cu reacții dezadaptive, cu slab. Se ceartă ușor cu cei din jur. Este cuprins deseori de plictiseală.

Capacitatea de înțelegere a contextului este slabă. Maturizarea psihică este sensibil întârziată, astfel încât copilul are greutate de adaptare atât la mediul școlar, cât și la cel familial. Minorul este introvertit, fiind prea puțin interesat de comunicare, de cunoașterea altor experiențe de viață.

Prezintă dificultăți de relaționare pronunțate. Rămâne cu totul refractar la orice sfaturi și recomandări, la mesaje educative de orice fel. Sensibilitatea accentuată îl face deseori irascibil în plan relațional.

Încercând să rezumăm cele menționate, personalitatea copilului prezintă următoarele trăsături dominante: fire necomunicativă, nu are suficientă încredere în sine, este suspicios, nu are încredere în oameni, este recalcitrant în relațiile interpersonale. Intelectual, el este de nivel mediu, slab.

#### **Comportamentul pe timpul aplicării probelor**

Minorul este cooperant, interesat de probele administrate, dar și de rezultate. Pare să fie foarte curios din fire.

#### **Motivația declarată a alegerii acestei variante de acțiune**

Lipsa atenției cuvenite din partea familiei. Situația financiară dificilă în care se află familia.

#### **Motivația reală a alegerii acestei variante de acțiune**

Influența negativă a grupului stradal infraccional a dus la comiterea infracțiunii ca o formă de distracție.

#### **Perceperea stării de fapt**

Subiectul afirmă că nu a știut că participă la furt, astfel încât sentimentele de rușine, tendința vădită de autculpabilizare, teama privind posibilele consecințe ale faptelor comise sunt foarte puternice.

#### **Predicții comportamentale**

În aceste circumstanțe, dacă familia va aplica în mod constant măsurile de supraveghere a copilului, dacă va alocă suficient timp acestuia și nu-i va mai permite să petreacă mult timp în afara familiei, putem anticipa că subiectul se va putea reintegra rapid. În același timp, referitor la școală, considerăm că o supraveghere și o atitudine de apropiere a profesorilor și colegilor vor



putea duce la o creștere a oportunităților de reinserție socială a acestuia.

#### 4. CONCLUZII

Datorită modului specific de acțiune și ratei maxime de reușită infracțională, s-au depus eforturi considerabile pentru capturarea grupului menționat, fără succes însă pentru o bună perioadă de timp. S-a încercat inclusiv atragerea în capcane, pe care forțele de ordine le-au întins în repetate rânduri, lansându-se informații cu privire la iminenta plecare în străinătate a unor persoane cunoscute ca fiind bine situate, bogate, locuințele acestora fiind supravegheate ulterior de către Poliție. Pentru multă vreme, rezultatele au întârziat să apară. Grupul infracțional a fost capturat, în cele din urmă, din pură întâmplare, atunci când unul dintre membrii acestuia (minor de 13 ani, însărcinat cu vinderea bunurilor sustrate) a încercat să vândă un telefon mobil tocmai unui polițist aflat în timpul liber. Adus la sediul Poliției și supus unei anchete sumare, acesta a început să dezvăluie treptat activitatea grupului și identitatea membrilor săi.

#### 5. BIBLIOGRAFIE

- British Psychological Society. Division of Forensic Psychology (2002). *Ethical guidelines on forensic psychology*. Leicester.
- British Psychological Society. Division of Clinical Psychology (2006). *Practice guidance on consent for clinical psychologists working with children and young people*. Leicester.
- British Psychological Society (2004). *Private practice as a psychologist*. Leicester.
- British Psychological Society. Division of Education and Child Psychology (2004). *Professional practice guidelines*. Leicester.
- British Psychological Society. Qualification Office (2011). *Qualification in Forensic Psychology (Stage 2). Candidate Handbook*, <http://www.bps.org.uk/careers-education-training/society-qualifications/forensic-psychology/prospective-candidates/prospec> (accessed 12.10.2012).
- Brown, Jennifer M., Campbell, Elizabeth A. (editors). (2010). *The Cambridge Handbook of Forensic Psychology*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Canter David (2010). *Forensic psychology: a very short introduction (very short introductions)*, Oxford University Press, New York.
- Carson David, Bull Ray (editors). (2003). *Handbook of psychology in legal contexts*, John Wiley & Sons Ltd. The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex.
- Godwin, Grover Maurice (editor) (2001), *Criminal psychology and forensic technology: a collaborative approach to effective profiling*, CRC Press, Boca Raton, London, New York, Washington.
- Gudjonsson, Gisli H. (2003). *The Psychology of Interrogations and Confessions*, John Wiley & Sons Ltd, The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex.
- Goldstein, Alan M. (editor). *Handbook of psychology. Volume 11. Forensic Psychology* (2003). John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey.
- Kaufman, Alan S., Kaufman, Nadeen L. (Series Editors) (2010). *Essentials of Forensic Psychological Assessment (Second Edition)*. John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey.
- Macmillan Neel A., Creelman C. Douglas (2005). *Detection Theory: A User's Guide, (2nd edition)*. Lawrence Erlbaum Associate, Mahwah, New Jersey London.
- Mart, Eric G. (2006). *In Forensic Psychology Practice. How to Create a Forensic Specialty in Your Mental Health Practice*. John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey.
- Milcu, Marius (2010). About the diversity of university organizations. Learning about managing differences. A case study, in Rusu Costache (ed.), *Quality management in higher education*, UT Press, Cluj Napoca, I, pp. 607-610.
- Milcu, Marius (2010). Considerații privind delinquența juvenilă: cauzalitate și implicații sociale. Individualitate vs. integrare socială", in M. Milcu, *Cercetarea psihologică modernă. Direcții și perspective. Individ, grup, organizație: studii aplicative*, Ed. Univ. București, pp. 164-167.
- Milcu, Marius (2010). Devianță socială vs. delinquență juvenilă. O abordare cauzală, in. M. Milcu, *Cercetarea psihologică modernă. Direcții și perspective. Individ, grup, organizație: studii aplicative*, Ed. Univ. București, pp. 168-171.
- Milcu, Marius (2009). Strategies and techniques used in conflict management within work groups and organizations: a practical guide, in Oprean, C., Grunwald, N., Kifor, C.V., *Conference proceedings. Balkan Region Conference on Engineering and Business Education. & International Conference on Engineering and Business Education*, Ed. Univ. „Lucian Blaga”, Sibiu, 2009, vol. II, pp. 553 – 556.
- Pfäfflin Friedemann, Adshead Gwen (2004). *A Matter of Security. The Application of Attachment Theory to Forensic Psychiatry and Psychotherapy*. Jessica Kingsley Publishers, London.
- Roesch Ronald, Patricia A., Hart Stephen D. (2010). *Forensic psychology and law*, John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey.
- Schuller, R.A., & Ogloff. J.R.P. (Eds) (2001). *Introduction to Psychology and Law: Canadian Perspectives*. University of Toronto Press, Toronto.
- Towl Graham. J., Crighton David A. (editors). (2010). *Forensic Psychology*, Wiley-Blackwell.
- Weiner, Irving B., Hess, Allen K. (editors) (2006). *The Handbook of Forensic Psychology (Third Edition)*. John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey.



## ANALIZA PSIHO-DINAMICĂ A GRUPULUI INFRAȚIONAL

MARIUS MILCU

Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu, Romania, marius.milcu@ulbsibiu.ro

**REZUMAT:** Dinamica grupurilor infraționale contituie un domeniu de studiu extrem de interesant situat la limita dintre psihologia judiciară și științele juridice. Vorbim despre grupuri care se constituie și funcționează după cu totul alte reguli, care au o dinamică aparte în timp, care sunt structurate pornind de la cu totul alte criterii și standarde decât grupurile obișnuite. Cu alte cuvinte, grupurile infraționale se constituie, evoluează și dispar în moduri uneori imprevizibile sau cel puțin greu de anticipat.

Studiul de față are ca obiect un grup cu o bogată activitate infrațională, propunându-ne să realizăm o analiză dinamică psihologică, comportamentală și socială aprofundată atât a grupului, cât și a fiecărui membru al acestuia.

**Cuvinte cheie:** modus operandi, grup infrațional, rol social, distribuție a sarcinilor, infrațione, delincvență, traiect infrațional, predicție comportamentală.

### 1. INTRODUCERE

Grupurile infraționale se constituie după reguli și tipare sociale greu aplicabile altor grupuri sociale. Acestea se formează prin adeziunea membrilor la valori atipice, de tip deviant, și se structurează pornind de la norme sociale specifice.

Elucidarea acestor aspecte constituie obiectul prezentului articol.

**Notă:** Pentru informații suplimentare privind fiecare membru al grupului infrațional analizat, consultați articolul *Psihologia grupurilor mici în mediul infrațional. Studiu de caz* (Marius Milcu, 2013), unde sunt prezentate detaliat aspecte privind:

- Mediul familial și social;
- Evoluția situației școlare și profesionale;
- Traiect infrațional;
- Antecedente patologice și psihiatrice;
- Evaluarea psihologică;
- Comportamentul pe timpul aplicării probelor;
- Motivația declarată a alegerii acestei variante de trai;
- Motivația reală a alegerii acestei variante de acțiune;
- Perceperea stării de fapt;
- Predicții comportamentale.

### 2. METODOLOGIA CERCETĂRII

Metoda utilizată este cea a studiului de caz.

Instrumentele pe care le-am aplicat în vederea atingerii obiectivelor de cercetare sunt următoarele:

- Anamneza;
- Interviu cu diverse persoane (membrii grupului, polițiști, avocați, profesori, membrii familiilor celor implicați, etc.)
- Testele psihologice;
- Sociometria;
- Analiza documentelor (depoziții, mărturii, etc.).

### 3. DESCRIEREA GENERALĂ A GRUPULUI INFRAȚIONAL

**Compoziția grupului:** Grupul infrațional analizat era compus din 8 membri, dintre care un adult și 7 minori, aceștia din urmă cu vârste cuprinse între 13-16 ani. Acțiunile grupului s-au derulat pe parcursul a 19 luni.

fapt care pare a fi surprinzător, dată fiind media de vârstă a membrilor grupului.

Doi dintre aceștia locuiau într-o localitate învecinată a orașului (zonă periferică a acestuia, practic), iar restul în orașul M., în cartiere învecinate.

Din punct de vedere al naționalității și etniei, toți membrii grupului infrațional sunt români.

**Antecedente medicale și psihologice:** În pofida așteptărilor pe care producțiile hollywoodiene le induc oamenilor de rând, potrivit cărora infractorii de diverse genuri ar fi suferit la un moment dat diverse afecțiuni medicale și psihologice, expertiza medico-legală psihiatrică nu a evidențiat asemenea probleme în trecutul vreunui membru al grupului infrațional studiat. Evaluarea psihologică a evidențiat însă diverse tendințe accentuate sau tulburări de personalitate ale acestora.

**Distribuția sarcinilor** pare să fie bine stabilită. Cu toții cutreierau anumite zone ale orașului, în căutarea locuințelor cu ferestre sau uși lăsate deschise, reîntâlnindu-se ulterior la ore și locuri prestabilite, unde analizau posibilele zone de acțiune. Decizia finală privind locuința în care urmau să acționeze era luată de către subiectul S5, iar în rarele situații în care acesta lipsea, de către S6.

S1 intra în locuința și sustrăgea bunuri.

S2 le ascundea și le vindea. El este acela care a fost surprins în timp ce încerca să comercializeze un telefon mobil, provocând astfel capturarea întregului grup, în urma declarațiilor sale.

S3 vindea bunurile sustrate.

S4 și S8 supravegheau zonele învecinate.

S5 și S6 coordonau acțiunile. S5 o făcea de la distanță, în timp ce S6 se afla la fața locului, supraveghind derularea acțiunii, în toate fazele ei infraționale.

S7 era recent venit în grup, participând doar la o acțiune, înainte ca grupul să fie reținut de către Poliție.

### 4. ISTORIA GRUPULUI INFRAȚIONAL

Trecutul grupului este unul destul de îndelungat. Grupul analizat nu s-a constituit rapid, într-un interval scurt de timp, ci s-a structurat treptat, prin adăugarea succesivă a membrilor.



Toți membrii au fost racolați de către S5 și S6. S6 era cel care frecventa zonele propice unei astfel de activități (internet cafe-uri, săli de jocuri, zonele aglomerate ale orașului), realizând astfel o selecție primară a potențialilor noi membri ai grupului. Aceștia erau ulterior prezentați lui S5, care lua decizia acceptării lor în grup, după o perioadă în care-i implica treptat în diverse activități infracționale (colectarea de informații, supravegherea locului infracțiunii înainte și în timpul comiterii acesteia, ascunderea sau vinderea bunurilor furate), acordându-le totodată mici recompense materiale, pentru motivația / fidelizarea lor.

Din discuțiile purtate, se pare că rata de succes în racolarea noilor membri a fost de cca. 1/3. Din cca. 3 candidați era ales unul singur. Odată racolați și integrați în grup, membrii au rămas fideli, neexistând nici măcar un singur membru care, de-a lungul timpului, să-l fi părăsit.

## 5. ALTE PERSOANE IMPLICATE

În mod indirect, au existat câteva persoane care au cunoscut și facilitat acțiunea grupului infracțional sau a unora din membrii acestuia. Ne referim, în principal, la cei care au cumpărat bunurile sustrate de grup din locuințe. Este dificil să credem că un adult poate cumpăra diverse bunuri de la un minor, fără a-și pune nici un fel de întrebări cu privire la proveniența acestora. În aceeași situație se află și proprietarii care au acceptat să-i găzduiască, închirind locuința unor minori și fără a solicita informații suplimentare sau fără a contacta membrii familiei acestora.

## 6. FAMILIILE DE PROVENIENȚĂ

Membrii familiilor minorilor implicați au avut un rol hotărâtor în alegerea de către minori a grupului infracțional, a unui mod de viață în afara limitelor legii. Antecedente infracționale în familiile de origine sunt foarte puține, un singur membru al grupului având un frate recidivist.

Unii dintre membrii grupului provin din familii disfuncționale în plan social, relațional, educativ, financiar, etc. Nu numărul adulților din familie este important (familie monoparentală, biparentală sau chiar în care nu există nici măcar un singur părinte, ambii fiind decedați), ci modul în care aceasta își îndeplinește rolurile / funcțiile specifice, între care enumerăm:

- rolurile educative. Avem în vedere suportul acordat copiilor în ceea ce privește școlaritatea, însemnând înscrierea copiilor la școală și supravegherea activității lor școlare, menținerea unei legături active cu școala, cu dirigintele, etc., sprijinul în îndeplinirea sarcinilor școlare, a temelor. Se pot identifica în grupul analizat unii subiecți ai căror părinți fie nu au manifestat interesul necesar în această direcție, fie nu au reușit pur și simplu să se implice mai mult. Evident, în situația în care copii respectivi au fost crescuți de către bunici, putem înțelege mai ușor situația creată, diferențele mari de vîrstă, problemele de viață și de sănătate specifice vîrstei înaintate făcând mult mai dificilă exercitarea eficientă a acestui rol educativ;
- rolurile relaționale. Este vorba despre cantitatea și calitatea relațiilor interpersonale stabilite între părinți și copii, îndeosebi despre relațiile afectiv-simpatetice

existente în familiile de proveniență. În cadrul grupului infracțional studiat există câțiva subiecți în ale căror familii exista un climat tensionat sau de relativă indiferență, lipsit de afectivitate sau chiar bazat pe agresivitate sistematică, uneori pe fondul unui consum exagerat de alcool. Este binecunoscut potențialul traumatic al acestor abuzuri exercitate asupra copiilor pe perioade de timp îndelungate, rolul covârșitor în conturarea unor dezvoltări de tip psihopatic a personalității victimelor. Personalitatea victimelor unor asemenea abuzuri tinde să se structureze într-un mod aparte, elementele caracteristice fundamentale fiind agresivitatea verbală și comportamentală, pragul scăzut al descărcărilor prin violență, rezistența scăzută la frustrare, impulsivitatea, deficiențele de autocontrol și autoreglare, labilitatea emoțională, dificultățile de adaptare și de relaționare socială autentică. În alte situații, personalitatea celor în cauză se poate structura, dimpotrivă, într-o formă nevrotică sau chiar depresivă, caracterizată prin anxietate, oboseală permanentă accentuată, incapacitate de îndeplinire a unor sarcini de durată, tulburări de somn, numeroase acuze somatice, interiorizare a subiectului, izolare socială, mergând chiar până la tentative de sinucidere;

- rolurile sociale, de creștere și socializare a copiilor. Ne referim la una dintre funcțiile fundamentale ale oricărei familii, aceea de a asigura copiilor integrarea în grupurile specifice vârstei. Nu este vorba, în acest context, despre simpla înscriere a unui copil la grădiniță, de exemplu, ci de înzestrarea acestuia cu valorile necesare acestui demers, prin trasarea de către familie și respectarea de către copil a normelor sociale specifice celui grup, ca o condiție fundamentală a integrării de succes a copilului în grupul respectiv. Se pot constata cu ușurință deficiențe majore de creștere și socializare a unora dintre membrii grupului infracțional discutat, care nu fost socializați corespunzător și care, în consecință, au ajuns să facă parte din alte grupuri decât cele specifice vârstei lor sau chiar condiției sociale a familiilor de proveniență. În cazul majorității membrilor grupului infracțional, părinții fie nu au știut, fie nu au avut nici un interes cu privire la grupurile în care copiii își petreceau timpul liber;

- rolurile valorice / morale exercitate de familie exprimă demersurile constante de a furniza copiilor acele modele atitudinale, valorice și de conduită considerate dezirabile și utile, care să le permită acestora adaptarea rapidă și integrarea eficientă în societate la un moment dat. Vorbim aici despre un ansamblu de valori economice, morale, juridice, estetice, politice, religioase și, corespunzător acestora, despre modele comportamentale specifice a căror formare și interiorizare constituie rezultate ale unor demersuri educaționale îndelungate și sistematice ale familiei, școlii, mass-mediei, etc. Grupul supus analizei este caracterizat în mod fundamental de un nivel ridicat al ambiguității valorilor sociale, de o anumită acceptare a unor norme sociale de tip deviant / infracțional. Acest grup a reiectat valorile implementate de familie, școală, etc., elaborându-și în timp un set propriu de valori și atitudini, opuse primelor;
- rolurile financiare ale familiei au în vedere procurarea mijloacelor financiare necesare traiului



decent al membrilor familiei (spațiu de locuit, hrană, îmbrăcăminte, etc.). Deși unii dintre membrii grupului infracțional proveneau din familii cu venituri modeste sau chiar mici, pretextele financiare invocate de aceștia pentru comiterea faptelor infracționale s-au dovedit a fi pure invenții, aceștia cheltuindu-și banii procurați în urma furturilor în săli de jocuri, internet-cafe-uri, procurându-și alcool, țigări, etc. Cu toate acestea, există suspiciuni privind modul în care unele dintre familiile celor inculpați ar fi beneficiat de anumite sume de bani provenite din furturi, acceptând astfel în mod tacit opțiunea infracțională a acestora și implicit devenind complici la săvârșirea infracțiunilor de furt comise de copiii lor;

- rolul de control, care le înglobează pe toate cele menționate anterior. Este vorba despre supravegherea constantă asupra existenței cotidiene, asupra comportamentului de acasă și de la școală, asupra grupurilor cu care copiii interacționează, asupra persoanelor cu care socializează, asupra modului în care aceștia își cheltuiesc banii disponibili. Este cu desăvârșire imposibil de acceptat faptul că există părinți care nu sesizează obiectele sau articolele de îmbrăcăminte noi deținute de minori sau sumele de bani pe care aceștia le procură din alte surse. La nivelul grupului infracțional pe care îl analizăm există o mare diversitate a gradelor de control exercitat de familii asupra copiilor. Situația cea mai bizară este aceea a subiectului S4, în cazul căruia familia (mama și frații / surorile acestuia) nu-și exercită deloc funcția de control asupra existenței minorului, singura intervenție în acest sens fiind cea a mamei, care l-a predat poliției, atunci când a aflat de fapta comisă de acesta cu ceva timp în urmă. Mama minorului respectiv pare să fi soluționat rapid presupusul conflict de roluri, dacă acesta a existat, conflict între rolul de părinte (potrivit căruia trebuia să-și protejeze copilul, indiferent de faptele comise de acesta) și rolul de cetățean (în virtutea căruia trebuia să anunțe organele statului, în situația în care acesta le-ar comite).

## 7. RELEVANȚA DATELOR RECOLTATE ÎN URMA INVESTIGAȚIILOR REALIZATE DE CĂTRE POLIȚIE, ASISTENȚA SOCIALĂ, SERVICII DE PSIHOLOGIE, ETC.

Obiectivitatea și relevanța informațiilor sunt discutabile, în mod evident. Având în vedere faptul că mediul social de proveniență al membrilor grupului infracțional este unul cu un potențial criminogen ridicat, în care normele, atitudinile și valorile sociale sunt caracterizate printr-un grad ridicat de acceptare / îngăduință în raport cu infracționalitatea, este posibil ca unele dintre persoanele investigate să fi distorsionat faptele în maniere care să reducă posibilele riscuri pentru ele însele, ca și pentru cei inculpați.

Faptul că grupul era compus, în majoritate, din minori a simplificat sarcinile pentru anchetatori. Aceștia au fost separați, comunicarea dintre ei fiind astfel imposibilă. Neștiind ce anume au declarat ceilalți, fiecare membru al grupului a ajuns, în cele din urmă, să prezinte varianta adevărată a derulării faptelor. Excepție au făcut subiecții S5 și S6, considerați de către anchetatori ca fiind șeful grupului și locotenentul (mâna dreaptă a

acestuia), care au continuat să nege și să denatureze sistematic adevărul, până la finalul anchetei judiciare.

## 8. RELAȚIILE INTERPERSONALE (ATRAȚIE ȘI RESPINGERE LA NIVEL INTERPERSONAL) ÎN CADRUL GRUPULUI INFRAȚIONAL

Din analiza sociometrică realizată a rezultat faptul că S3 avea cel mai ridicat statut, urmat de S5 și S1. De asemenea, prestigiul și influența lui S5 și S6 erau ridicate. Comunicarea era centrată pe S5 (șeful grupului infracțional) și S1 (instrumentul prin care opera grupul). Atunci când interveneau certuri între membrii grupului, cel care rezolva era S5, fapt care demonstrează încă o dată poziția supremă a acestuia, ca și puterea legitimă de care el se bucură în cadrul grupului. De cele mai multe ori, a reușit să fie ferm și corect, obținând aprobarea sau supunerea imediată a grupului.

Faptul că S5 era șeful grupului rezultă și din numărul mic de infracțiuni care au putut sa-i fie atribuite, știut fiind că șeful rămâne de cele mai multe ori la distanță de locul faptei, pentru a nu putea fi inculpat.

## 9. MODUS OPERANDI

Modul de operare al grupului infracțional studiat era cât se poate de simplu și, în același timp, de eficient. Pe scurt, secvența acțiunii se derula în următorul mod: S1, fiind scund de statură, intra în apartamentele vizate, escaladând ferestrele sau ușile de balcon lăsate deschise de către proprietari. De aici, acesta sustrăgea bunurile care se aflau în proximitatea sa. Timpul petrecut în incintele apartamentelor nu depășea niciodată 10 minute, după spusele membrilor grupului, în scopul de a evita susprinderea sa asupra faptului de către proprietarii respectivi.

De regulă, în imediata apropiere a locuințelor se aflau și ceilalți membri ai grupului infracțional, care asigurau paza și evacuarea cu rapiditate a bunurilor sustrate. După comiterea faptelor, bunurile sau banii se împărțeau de către S6, fiecare primind o cotă-parte, în funcție de participarea concretă la acțiune.

În principiu, nu au fost găsite dovezi în sprijinul ideii de premeditare, de planificare îndelungată a acțiunilor. Totuși, în două cazuri, se pare că grupul infracțional a primit anumite informații despre faptul că proprietarii locuințelor respective nu se află în localitate.

## 10. MĂSURILE JUDICIARE LUATE ÎMPOTRIVA GRUPULUI INFRAȚIONAL

Sancțiunile stabilite de către factorii de decizie au fost extrem de variate (în funcție de traiectul infracțional, numărul de infracțiuni comise și dovedite, ca și de vârsta celor inculpați), de la amendă penală și până la condamnarea la închisoare. De asemenea, au fost luate în considerare și alte aspecte colaterale, cum ar fi posibilitatea efectivă de recuperare și reinserție a acestora. În cazul subiecților proveniți din familii funcționale, s-a presupus că acestea se vor implica în recuperarea minorilor, motiv pentru care factorii de decizie au dat dovadă de o anumită clemență.

Evident, au fost condamnați la pedeapsa cu închisoare acei membri ai grupului care au fost considerați ca prezentând un nivel ridicat de pericol social, pornind de la următoarele aspecte:



- traiectul infracțional consistent (eventual recidiva celui în cauză);
- abandonul școlar, provocat prin corigențe sau repetențe ale celor în cauză;
- tiparul comportamental negativ, bazat pe violență verbală și comportamentală;
- profilul psihologic caracterizat prin tendințe agresive, impulsivitate, rezistență scăzută la frustrare, labilitate emoțională, deficiențe de autocontrol;
- lipsa de funcționalitate a familiei de proveniență.

## 11. POSIBILITĂȚILE DE RECUPERARE ȘI REINSERTIE SOCIALĂ A DELINCVENTILOR

Ca și sancțiunile primite, posibilitățile de a recupera și reinsera social membrii grupului infracțional analizat sunt foarte variate. Pentru cei condamnați la închisoare, personalul specializat din penitenciare urmează să asigure asistența medicală, psihologică, socială și educațională în vederea unei reinserții sociale și profesionale adecvate a acestora.

Pentru subiecții care au fost sancționați cu amendă, este absolut indispensabilă colaborarea strânsă între următoarele elemente:

- familie (care trebuie să-și îndeplinească eficient toate rolurile și funcțiile menționate anterior);
- școală (unde minorul trebuie repus la palierul educațional potrivit, adică în clasa potrivită vârstei și nivelului de cunoștințe deținut); o mențiune este necesară în această privință, referitor la pericolele la care vor fi expuși noii colegi ai delincventului, având în vedere faptul că acesta beneficiază de o experiență infracțională și relațională complexă, ca și de o eventuală vârstă mai înaintată cu câțiva ani;
- alte instituții publice, private și non-guvernamentale care să-i asigure acestuia asistența socială și profesională necesară.

Este vorba despre un mecanism complex, care implică numeroase instituții și persoane, care necesită o mare risipă de resurse (umane, de timp, financiare, etc.), singura șansă de recuperare și reinserție socială a inculpaților fiind aceea a unei funcționări perfecte a acestui angrenaj, fără derapaje și blocaje ale vreuneia dintre instituțiile și persoanele implicate.

## 12. LIMITE ALE CERCETĂRII

În ceea ce privește membrii grupului infracțional, cea mai mare parte a acestora prezintă capacități crescute de disimulare (după cum relevă rezultatele evaluării psihologice), minciuna fiind considerată drept principala modalitate de evitare a condamnării și de reducere a eventualei sancțiuni / pedepse. Este posibil, în aceste condiții, să nu cunoaștem adevărata dimensiune a evenimentelor sau să o cunoaștem doar parțial.

Instrumentele utilizate în vederea evaluării psihologice au limite considerabile, acestea nefiind proiectate pentru un asemenea grup-țintă. Mai mult decât atât, chiar instrumentele utilizate în mod obișnuit pentru aceste paliere de vârstă sunt greu de aplicat unor subiecți cu grave deficiențe educaționale, cum sunt unii dintre membrii grupului infracțional analizat. Spre exemplu, este dificil să găsim instrumente adecvate de

evaluare psihologică a potențialului infracțional al unor minori cu vârste atât de fragede (13 ani, mai exact).

În plus, faptul că unii dintre subiecți se situează la vârste de limită, nefiind încă adulți, dar tinzând în mod evident să depășească nivelul evolutiv specific adolescenței, nu face ca lucrurile să fie deloc simple.

## 13. ASPECTE CARE NU AU FĂCUT OBIECTUL INVESTIGAȚIEI

Având în vedere componența exclusiv masculină a grupului infracțional, vârsta sensibil mai înaintată a liderului acestuia (20 de ani, comparativ cu vârstele de 13, 14, 16 ani ale celorlalți membri), ca și faptul că acesta a mai fost încarcerat o dată, considerăm că ar fi fost utilă investigarea unor posibile conotații de natură sexuală ale acestui caz. Nu putem ignora posibilele manifestări ale homosexualității în cadrul grupului infracțional analizat, existând unele aspecte care sugerează asemenea implicații. Cu toate acestea, posibilitatea menționată nu a fost luată în calcul de către anchetatori.

## 14. CONCLUZII

În urma analizei modului de acțiune al grupului infracțional studiat, am identificat următoarele aspecte fundamentale:

- majoritatea infracțiunilor au fost comise în grupuri, cuprinzând minim 2 indivizi și până la toți membrii: niciodată vreunul dintre membrii grupului nu a acționat singur, fapt care indică un nivel ridicat de securizare oferit de către grupul infracțional;
- grupul s-a format și a acționat în absența oricărui supravegher care ar fi trebuit să se exercite din partea părinților; în cele din urmă, acesta pare să fie elementul comun întâlnit în cazul tuturor persoanelor implicate în acest caz;
- grupul studiat a fost format și orientat explicit în vederea săvârșirii infracțiunilor de furt din locuințe; cu alte cuvinte, structurarea grupului nu a avut la bază atracțiile și respingerile interpersonale, ceea ce ne permite să afirmăm că avem de a face cu un grup aparte, structurat mai degrabă (dar nu exclusiv) pe criterii funcționale, pe îndeplinirea unor sarcini concrete;
- datorită lipsei experienței de viață, minorii au fost cu ușurință manipulați și împinși spre delincvență; nu este întâmplător faptul că S5, indicat de către toți subiecții drept lider al grupului infracțional, avea vârsta cea mai înaintată și, putem presupune, cea mai bogată experiență de viață;
- aderarea minorilor la grupul infracțional s-a făcut din dorința lor de compensare a constrângerilor, a frustrărilor școlare și familiale acumulate; majoritatea membrilor componenți proveneau din familii cu diverse grade de dezorganizare;
- grupul infracțional a oferit minorilor suportul afectiv dorit, fapt care a condus la o consolidare a comportamentelor de tip deviant; minorii au început fără întârziere să se simtă bine în grup. să petreacă un timp din ce în ce mai îndelungat în cadrul acestuia;
- cu toate că și în cadrul grupului delincvent minorii au fost obligați să respecte anumite valori și norme comportamentale, aceștia le-au acceptat și au aderat



rapid la ele, în condiții de liberă consimțire; acest fapt a fost facilitat de către sistemele de valori și norme sociale cu un grad mare de ambiguitate din familiile de origine.

În acest context, nu trebuie să uităm faptul că, în ultimă instanță, responsabilitatea comiterii infracțiunilor îi aparține în mod direct celui care le-a comis. Întregul nostru destin este o *chestiune de opțiune personală* (alegem să ne implicăm într-o activitate sau, dimpotrivă, o evităm). Într-un mod similar, recuperarea de succes a delinvențelor depinde în mod fundamental de motivația acestora, de dotarea lor psiho-aptitudinală (în cadrul căreia un rol decisiv îl au inteligența, capacitatea de anticipare a consecințelor propriilor fapte, un nivel acceptabil de autocontrol și de autoreglare ale celor în cauză), reprezentând, de asemenea, o opțiune personală.

## 15. BIBLIOGRAFIE

British Psychological Society (2007). *Child protection portfolio*. Leicester.

British Psychological Society. Division of Forensic Psychology (2002). *Ethical guidelines on forensic psychology*. Leicester.

British Psychological Society. Division of Clinical Psychology (2006). *Practice guidance on consent for clinical psychologists working with children and young people*. Leicester.

British Psychological Society (2004). *Private practice as a psychologist*. Leicester.

British Psychological Society. Division of Education and Child Psychology (2004). *Professional practice guidelines*. Leicester.

British Psychological Society. Qualification Office (2011). *Qualification in Forensic Psychology (Stage 2). Candidate Handbook*, <http://www.bps.org.uk/careers-education-training/society-qualifications/forensic-psychology/prospective-candidates/prospec> (accessed 12.10.2012).

Brown, Jennifer M., Campbell, Elizabeth A. (editors). (2010). *The Cambridge Handbook of Forensic Psychology*. Cambridge University Press, Cambridge.

Canter David (2010). *Forensic psychology: a very short introduction (very short introductions)*, Oxford University Press, New York.

Carson David, Bull Ray (editors). (2003). *Handbook of psychology in legal contexts*, John Wiley & Sons Ltd, The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex.

Godwin, Grover Maurice (editor) (2001), *Criminal psychology and forensic technology: a collaborative approach to effective profiling*, CRC Press, Boca Raton, London, New York, Washington.

Gudjonsson, Gisli H. (2003). *The Psychology of Interrogations and Confessions*, John Wiley & Sons Ltd, The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex.

Goldstein, Alan M. (editor). *Handbook of psychology. Volume 11. Forensic Psychology* (2003). John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey.

Kaufman, Alan S., Kaufman, Nadeen L. (Series Editors) (2010). *Essentials of Forensic Psychological Assessment (Second Edition)*. John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey.

Macmillan Neel A., Creelman C. Douglas (2005). *Detection Theory: A User's Guide*, (2nd edition). Lawrence Erlbaum Associate, Mahwah, New Jersey London.

Mart, Eric G. (2006). *In Forensic Psychology Practice. How to Create a Forensic Specialty in Your Mental Health Practice*. John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey.

Milcu, Marius (2010). About the diversity of university organizations. Learning about managing differences. A case study, in Rusu Costache (ed.), *Quality management in higher education*, UT Press, Cluj Napoca, I, pp. 607-610.

Milcu, Marius (2010). Considerații privind delinvența juvenilă: cauzalitate și implicații sociale. Individualitate vs. integrare socială", in M. Milcu, *Cercetarea psihologică modernă. Direcții și perspective. Individ, grup, organizație: studii aplicative*, Ed. Univ. București, pp. 164-167.

Milcu, Marius (2010). Devianță socială vs. delinvență juvenilă. O abordare cauzală. in. M. Milcu, *Cercetarea psihologică modernă. Direcții și perspective. Individ, grup, organizație: studii aplicative*, Ed. Univ. București, pp. 168-171.

Milcu, Marius (2009). Strategies and techniques used in conflict management within work groups and organizations: a practical guide, in Oprean, C., Grunwald, N., Kifor, C.V., *Conference proceedings. Balkan Region Conference on Engineering and Business Education. & International Conference on Engineering and Business Education*, Ed. Univ. „Lucian Blaga”, Sibiu, 2009, vol. II, pp. 553 – 556.

Pfäfflin Friedemann, Adshead Gwen (2004). *A Matter of Security. The Application of Attachment Theory to Forensic Psychiatry and Psychotherapy*. Jessica Kingsley Publishers, London.

Roesch Ronald, Patricia A., Hart Stephen D. (2010). *Forensic psychology and law*, John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey.

Schuller, R.A., & Ogloff, J.R.P. (Eds) (2001). *Introduction to Psychology and Law: Canadian Perspectives*. University of Toronto Press, Toronto.

Towl Graham. J., Crighton David A. (editors). (2010). *Forensic Psychology*, Willey-Blackwell.

Weiner, Irving B., Hess, Allen K. (editors) (2006). *The Handbook of Forensic Psychology (Third Edition)*. John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey.







**Partea a VI-a:**  
**ALTELE / DIVERSE**







## RELATIA DINTRE LATERALITATEA CEREBRALĂ/ CORPORALĂ ȘI TRĂIREA AFECTIVĂ

OLIVIA CIUBOTARIU, VIOLETA S. ROTĂRESCU

Universitatea din București, olivia.ciubotariu@gmail.com, rotarescu.violeta@gmail.com

**ABSTRACT:** This paper aims the analysis of the existence of relevant and significant links in between direction and degree of body lateralization and emotional affect.

The theoretical approach was based on review of scientific research on theories explaining emotional affect (particularities of emotions, affective styles, emotion regulation strategies, right hemisphere model, valence hypothesis and approach-withdrawal model).

This paper represents the basis of one of the very few studies done worldwide on link between body lateralization and emotional affect. Results obtained are to be presented in a different paper.

**Key words:** lateralization, affect, lateral dominance, link between cortical/body laterality and emotional affect.

### 1. INTRODUCERE

*Afectivitatea* reprezintă ansamblul trăirilor unui individ la un moment dat. Mihai Golu o definește ca: "Acea componentă a vieții psihice care reflectă, în forma unei trăiri subiective de un anumit semn, de o anumită intensitate și de o anumită durată, raportul dintre dinamica evenimentelor motivaționale sau stărilor proprii de necesitate și dinamica evenimentelor în plan obiectiv extern." (Golu, 2004, p. 554) *Afectivitatea pozitivă* reflectă măsura în care un individ experimentează trăiri pozitive la stimulii din mediu (entuziasm sau stare de alertă). *Afectivitatea negativă* reprezintă trăiri negative sau absența sentimentelor (tristețe sau letargie); (Watson, Clark, 1984, *apud* Crawford, Henry, 2004).

*Stilul afectiv* cuprinde ansamblul diferențelor inter-individuale între sensibilitate (dispoziție) și gestionarea emoțiilor (reacția afectivă); (Davidson, 1998).

Davidson consideră că pot fi stabiliți, prin măsurători concrete, o serie de parametri specifici ai stilului afectiv: pragul dincolo de care apare răspunsul; amplitudinea răspunsului, timpul necesar pentru a atinge maximul răspunsului emoțional și durata răspunsului. Ultimii trei parametri stau la baza conceptului de cronometrie afectivă. (Davidson, 2003)

Pornind de la definiția stilului afectiv, literatura de specialitate a identificat constant trei strategii generale de gestionare a emoțiilor: a) ajustarea efectelor stimulilor emoționali pentru ca persoana să se adapteze cu succes cererilor situației. b) suprimarea trăirilor afective, respectiv c) tolerarea și acceptarea emoțiilor, chiar și a celor aversive și nedorite. În funcție de cele trei strategii de gestionare a emoțiilor, Hofman și Kashdan au definit trei stiluri afective diferite: mascare, ajustare și tolerare. Persoanele cu un *stil de mascare* aplează la suprimarea emoțiilor sau la alte strategii menite să evite emoțiile odată ce acestea au apărut. *Stilul de ajustare* este utilizat de indivizii care utilizează informația emoțională într-o manieră adaptativă și au o capacitate mai bună de soluționare a problemelor și situațiilor dificile, adaptându-se mai ușor la cerințele contextului. Cel de-al treilea *stil, de tolerare*, implică activarea unui confort emoțional și acceptarea situației

emoționale. Pentru identificarea tipologiei în care se încadrează diferiți indivizi și măsurarea celor trei stiluri, autorii au elaborat *Chestionarul Stilului Afectiv* (Hofmann, Kashdan, 2010).

Persoanele cu un anumit stil afectiv reușesc să își reglementeze eficient trăirea și exprimarea emoțiilor, în timp ce strategiile utilizate de alți indivizi duc la efecte aparent nedorite și contraproductive. De exemplu, încercarea de suprimare a emoțiilor crește reacția fiziologică (Gross, Levenson, 1997 *apud* Hofmann, Kashdan, 2010) în timp ce reflectarea asupra evenimentelor negative prelungește sentimentul de mânie și stările de cădere afectivă (Nolen-Hoeksema, Morrow, 1993, *apud* Hofmann și Kashdan, 2010).

O altă clasificare a strategiilor de reglare a emoțiilor s-a realizat în funcție de momentul în care indivizii le pun în aplicare: strategii cu focalizare anterioară și centrate pe răspuns.

*Strategiile cu focalizare anterioară* presupun activarea mecanismelor de reglare a emoțiilor înainte ca răspunsul emoțional să fie activat pe deplin. Acestea presupun utilizarea unor tactici precum orientarea atenției, modificarea situației, reconsiderarea perspectivei asupra situației sau orice activitate de pregătire psihologică anterior implicării într-un eveniment cu încărcătură emoțională ridicată. S-a demonstrat că o serie dintre aceste tactici (ex: oferirea de stimulente) au efect pe termen scurt.

*Strategiile centrate pe răspuns* includ ansamblul încercărilor de gestionare și exprimare a emoțiilor în momentul producerii lor. Acestea implică tactici de suprimare sau atitudini de acceptare. Cel mai adesea, aceste strategii s-au dovedit a fi neproductive în practică. (Hofmann, Kashdan, 2010)

Există diferențe individuale în folosirea celor două tipuri de strategii, acestea corelând cu experimentarea emoțiilor și modul de funcționare psihosocială. De exemplu, persoanele care se bazează mai mult pe sistemul de recompense au o funcționare psihosocială mai bună și o stare generală de bine, fapt demonstrat de rapoarte autoevaluative, evaluarea colegilor, precum și rezultate de laborator. La polul opus, persoanele care aplează mai des la strategii de suprimare



experimentează o funcționare psihosocială mai proastă și stări de nefericire (Gross, John, 1996, *apud* Hofmann și Kashdan, 2010). Modulurile de utilizare a acestor strategii au și cauze neurologice, demonstrându-se că utilizarea în activitățile curente a recompenselor a corelat cu o activitate mai redusă a amigdalei, precum și a regiunilor prefrontale care controlează răspunsul la stimuli negativi emoționali (Drabant et al., *apud* Hofmann, Kashdan, 2010).

Astfel, explicația pentru care oamenii folosesc strategii diferite de reglare emoțională, mai ales în cazul persoanelor care persistă în utilizarea unor tactici neadecvate, ar putea fi crearea unui cerc vicios, între o predispoziție neurologică și obișnuința de tolerare a unor experiențe emoționale negative, care întrețin nivelul de activare corticală.

**Substratul neurologic al emoțiilor.** Metaanaliza efectuată de Kober și colaboratorii săi a dus la identificarea a șase grupuri de regiuni cerebrale a căror activare a fost constant evidențiată de studiile imagistice. Rolurile acestora sunt diferite:

- **Grupul lateral occipital-vizual** include regiunile corticale stângă și dreaptă din girusul occipital lateral, precum și cortexul occipital drept, cortexul temporal drept și nucleii cerebelului alăturați cortexului inferior temporal. Împreună, aceste regiuni intervin în procesarea vizuală și atenția față de stimuli emoționali;

- **Grupul posterior medial** include cortexul vizual primar (V1) și cortexul cingulat posterior. Funcția lor este asemănătoare celeia a primului grup;

- **Grupul cognitiv-motor** cuprinde operculul frontal (frOP), zonele bilaterale ale girusului frontal inferior (IFG), aria pre-senzorio-motorie (pre-SMA) și zona mediană a girusului frontal stâng. Pre-SMA pune bazele reprezentării acțiunii intenționate sau energizării sistemelor cognitive pentru a răspunde și orienta răspunsul în funcție de indicatori interni. IFG și frOP sunt responsabili de inhibiția răspunsurilor. Activarea simultană a pre-SMA, IFG și frOP este constant implicată în operațiile de control cognitiv și, probabil, are un rol important în selectarea adecvată, în funcție de context, a acțiunilor, respectiv activarea atenției necesară pentru acele acțiuni.

- **Grupul lateral paralimbic** include *ventral striatum* (vStr), zonele ventral-posterioară (vpIns), dorsal-anterioară (daIns) ventral-aterioară (valns) și ale insulei, girusul orbital posterior și polul temporal și are un rol important în motivare. vStr este sensibil la recompensă și pedepsă și intervine în predicția recompensei. Girusul orbital posterior, ca parte din OFC, este implicat în discriminarea recompenselor, valorizare și predicție. valns se asociază cu emoția generată de memoria autobiografică, în timp ce daIns este activată în principal de durere și intervine în selecția cognitivă a sarcinilor care necesită o motivare pentru acțiune.

- **Grupul cortexului prefrontal medial** cuprinde subsecțiunile rostral-dorsală și pregenuală ale cortexului cingulat anterior (ACC) și cortexul prefrontal dorso-medial (dmPFC). Acest grup intervine în principal în generarea și reglarea emoțiilor.

Cortexul cingulat anterior prezintă trei zone de activare: rdACC (aria Brodman 24 a/b, cunoscută ca și *zona cognitivă a ACC*), pgACC (aria Brodman 24) și sgACC

(corespunzând așa-numitei *zone afective a ACC*). S-au evidențiat activări ale rdACC în situații de anxietate și fobie, în timp ce activări ale sgACC au apărut în cazuri de depresie hipoactivă.

S-a demonstrat că activarea anumitor regiuni ale dmPFC corelează invers cu activitatea amigdalei în cazul situațiilor în care reglarea emoțiilor se realizează cu succes. Cortexul prefrontal medial (mPFC) intervine și în cazul introspecției, atunci când o persoană devine conștientă de trăirile sale de moment. De asemenea, s-a sugerat că porțiunile dorsale ale mPFC sunt singurele care intervin în activitățile metacognitive de monitorizare, reprezentare sau de descriere a stărilor afective, precum și în generarea pe baze cognitive a emoțiilor și reglarea emoțională. (Ochner, Gross, 2005) Atât grupul lateral paralimbic, cât și grupul cortexului prefrontal medial se conectează cu *grupul limbic principal*, care include amigdala, hipocampusul stâng, talamusul, extinzându-se până la *paeriaqueductal gray* (PAG), ariile adționale ale corpului striat ventral și hipotalamusul lateral. Se consideră că PAG participă în reglarea răspunsurilor autonome legate de psihofiziologia emoției și e destul de probabil ca, în cazul oamenilor, similar cu situațiile din cercetările asupra animalelor, să fie un centru emoțional de integrare, primind inputuri corticale directe (de la mPFC, OFC) și proiectând la nivelul hipotalamusului. Activări semnificative au fost evidențiate la nivelul talamusului dorsal, în jurul nucleului "limbic" mediodorsal și al celui centromedian. Activări consistente la nivelul hipotalamusului, puse în evidență în 52 de studii asupra emoțiilor, reflectă rolul acestei regiuni în reglarea răspunsurilor în situații de stres, a comportamentului motivat, dar și controlul stărilor corporale prin intermediul sistemului endocrin. (Kober et al, 2009)

## 2. LEGĂTURA DINTRE ASIMETRIA CEREBRALĂ ȘI PROCESAREA EMOȚIILOR. MODELE ALE ASIMETRIEI CEREBRALE ÎN PROCESAREA EMOȚIILOR

În ciuda progreselor constante în studierea creierului cu ajutorul mijloacelor imagistice, precum și al autopsiilor efectuate asupra pacienților cu leziuni cerebrale, distribuția exactă a asimetriilor cerebrale, precum și implicarea diferitelor sub-regiuni corticale în diferite aspecte ale vieții curente și, în mod particular, în producerea și exprimarea emoțiilor, e departe de a fi complet elucidată. Principalele teorii formulate în privința rolului asimetriei cerebrale în procesarea emoțiilor sunt *modelul emisferei drepte* și *ipoteza valenței*. În ultimii ani un nou model a fost postulat – *ipoteza motivațională a apropiării și retragerii*.

**Modelul emisferei drepte.** Este cea mai veche teorie legată de lateralizarea cerebrală. Ea atribuie emisferei stângi rolul preponderent în cadrul proceselor cognitive, în timp ce emisfera dreaptă se consideră a fi implicată în aspectele emoționale. Ideea datează încă de la începutul secolului XX, când s-a observat că pacienții cu leziuni cerebrale la nivelul emisferei drepte manifestau o diminuare a expresivității emoționale sau chiar indiferență emoțională. Ulterior, către sfârșitul secolului trecut, numărul studiilor și al argumentelor în sprijinirea acestei idei a crescut – manifestarea mai



intensă a expresiilor faciale în partea stângă a feței a fost atribuită de un studiu relizat de Sackeim și colaboratorii rolului jucat de emisfera dreaptă în producerea emoțiilor. Adolphs și colaboratorii au confirmat că pacienții cu leziuni cerebrale în partea dreaptă aveau dificultăți mai mari decât cei cu leziuni ale emisferei stângi în recunoașterea expresiilor faciale (Torro Alves et al., 2008). Există, de asemenea, numeroase evidențe ale faptului că emisfera dreaptă deține superioritatea în perceperea stimulilor emoționali în cazul persoanelor fără afecțiuni neurologice (Elias, Bryden, Bulman-Fleming, 1998).

**Ipoteza valenței** Dacă modelele timpurii tindeau să atribuie funcțiile cognitive și emoționale unei singure emisfere, în ultimele decenii cercetătorii și-au nuanțat punctul de vedere, către o dominanță relativă, în defavoarea unei dominante absolute. *Ipoteza valenței* atribuie emisferei stângi un rol dominant în producerea emoțiilor pozitive, iar emisferei drepte un rol dominant în producerea emoțiilor negative. Primele descoperiri i-au aparținut lui Goldstein care, în 1939, a arătat că leziunile la nivelul emisferei stângi determinau o incidență mai mare a reacțiilor depresive decât în cazul leziunilor emisferei drepte, care produceau, dimpotrivă, o tendință mai puternică spre apariția răsului patologic. *Ipoteza valenței*, susținută preponderent de Davidson și colaboratorii săi, stipulează ca *pattern*-ul dominanței emisferice depinde de valența emoțională a stimulului. Emisfera stângă este dominantă pentru procesarea emoțiilor pozitive (fericire, surpriză), în timp ce emisfera dreaptă este dominantă pentru procesarea emoțiilor negative (frică, mânie, dezgust); (Torro Alves et al., 2008). La nivelul limbajului, dacă aspectele cognitive ale acestuia rămân pentru cea mai mare parte a populației (chiar și pentru persoanele cu lateralizare stângă a corpului) localizate în emisfera stângă, în ariile Broca și Wernicke, emisfera dreaptă asigură intonația emoțională a vorbirii.

În cazul mai multor studii asupra pacienților cărora li s-a administrat amital sodic s-a pus în evidență că, în timp ce emisfera stângă este anesteziată, pacienții suferă o „reacție catastrofică”, pusă pe seama faptului că emisfera dreaptă este lipsită de inhibiția contralaterală. Reciproc, atunci când emisfera dreaptă este anesteziată cu amital sodic, au fost raportate reacții euforice (Elias, Bryden, Bulman-Fleming, 1998).

Wagner și colaboratorii (2003) au arătat însă că tratarea întregii emisfere (dreapta sau stângă) ca unitate de măsură pentru studiul emoțiilor ar putea fi o abordare prea generală, în timp ce structuri mai mici din cadrul fiecărei emisfere pot explica mai bine prevalența anumitor emoții (insula stângă, nivelul sublenticular al amigdalei și cortexul frontal medial). Astfel, în cadrul ipotezei valenței, rolul cel mai important a fost atribuit amigdalei și cortexului prefrontal.

Amigdala a fost deseori asociată cu afectivitatea negativă. Leziuni în structura sa pot diminua răspunsul emoțional și afecta recunoașterea expresiilor faciale de frică și mânie (Calder et al., 2004 *apud* Torro Alves et al., 2008). Mervaaala și colaboratorii au identificat o diminuare a volumului nucleului amigdalic stâng în cazul pacienților cu depresii puternice (Torro Alves et al., 2008).

Cortexul pre-frontal (CPF) mediază controlul funcțiilor cognitive și este, în același timp, asociat cu reglarea a numeroase aspecte ale sistemului afectiv. Davidson a arătat că CPF stochează reprezentarea scopurilor și a mijloacelor de atingere a acestora, operând pe baza unui sistem decizional bazat pe emoții (Davidson, 2003). CPF este o regiune cu o puternică asimetrie afectivă. Regiunea anterioară a emisferei stângi este legată de comportamente de apropiere și afecte pozitive, în vreme ce porțiunea anterioară a emisferei drepte este asociată comportamentelor de retragere și afectivității negative, așa cum a arătat studiul lui Jones și Fox (*apud* Torro Alves et al., 2008).

Davidson (1995) a propus divizarea sistemului emoțional în trei componente distincte: percepția emoției, trăirea acesteia și exprimarea emoției. Pentru fiecare dintre aceste componenete sunt activate diferite substraturi neurale, care ar putea explica diferențele între teoria emisferei drepte și cea a valenței, prin prisma faptului că, în fiecare din cele două ipoteze, cercetătorii s-au oprit asupra unor componente diferite ale emoțiilor. În cadrul modelului valenței numărul cel mai mare de cercetări a fost dedicat trăirii (experienței) emoției.

Cercetările lui Davidson și ale colaboratorilor săi sunt exhaustive, aceștia reușind, pe parcursul a aproape trei decenii, să ofere un model complex și aproape complet al circuitului neural al emoțiilor din perspectiva postulatelor teoriei valenței. Componentele-cheie ale acestui model sunt cortexul pre-frontal și amigdala.

Davidson și colaboratorii au studiat în principal sectoarele dorsolaterale și orbito-frontale ale *cortexului prefrontal*. La nivelul cortexului orbitofrontal (ariile Brodman 12 și 13) au loc proiecțiile nucleului dorsomedial al talamusului (zona magnocelulară), această zonă fiind asociată tradițional cu procesarea emoțională. La nivelul cortexului dorsolateral proiectează zona parvocelulară, laterală, a nucleului dorsomedial al talamusului și, deși această zonă a fost considerată a fi implicată doar în memoria de lucru, s-a demonstrat că are un rol important și în procesarea emoțiilor. În plus există diferențe semnificative interemisferice la nivelul celor două zone din CPF menționate. Astfel, în cazul pacienților cu leziuni unilaterale ale CPF stâng s-a demonstrat apariția unei incidente mai mari a simptomelor depresive, fapt explicat, în cadrul teoriei valenței, prin rolul jucat de emisfera cerebrală stângă în formarea afectivității pozitive (Davidson, Jackson, Kalin, 2000).

Experimentele efectuate de Davidson în anii '90 au pus în evidență faptul că sentimentele de dezgust și frică din timpul vizionării unui film au determinat o creștere a activării prefrontale și temporale a emisferei drepte. Ulterior, cercetătorul american și echipa sa au demonstrat că, în timpul manifestării afectivității negative, apare o creștere a ratei metabolice în girusul drept (porțiunile anterior orbitală, inferior frontală, medie și superior frontală), în timp ce afectivitatea pozitivă a corelat cu o creștere a metabolismului în girusul pre și post central stâng (Davidson, Jackson, Kalin, 2000)

CPF este implicat și în anticiparea consecințelor unor lucruri, consecințe care puteau determina afectivitate



pozitivă sau negativă. Davison și colaboratorii au arătat că persoanele cu fobie socială prezintă o activare crescută a emisferei drepte atunci când anticipează faptul că vor trebui să țină un discurs în public. (Davidson, Jackson, Kalin, 2000).

Extrem de importante pentru ipotezele studiului nostru sunt cercetările efectuate de Cacioppo și Gardner, respectiv Taylor (Cacioppo, Gardner, 1999; Taylor, 1991 *apud* Davidson, Jackson, Kalin, 2000) care arată că o creștere a activării în sectoarele drepte ale CPF determină o creștere mai crescută a afectivității negative, decât creșterea afectivității pozitive înregistrată în emisfera stângă în zona CPF. Acest lucru este explicat de Davidson prin prisma *bias*-ului negativ, „adică tendinței generale a organismului de a reacționa mai puternic la stimulii negativi față de cei pozitivi, probabil ca o consecință a presiunii la care a fost supus de-a lungul evoluției de a evita răul” (Davidson, Jackson, Kalin, 2000, p. 895).

Implicarea amigdalei în cadrul proceselor emoționale a fost pusă în evidență atât în cazul cercetărilor efectuate asupra animalelor, cât și în cazul oamenilor. În multe dintre acestea, s-a considerat că amigdala intervine în exprimarea afectelor negative deja învățate. Studiile imagistice au identificat o activare mai mare a amigdalei în cazul stimulilor negativi decât cei pozitivi, însă Davidson a explicat acest lucru atât prin prisma *bias*-ului negativ, cât și prin faptul că, în condiții de laborator, afectivitatea negativă indusă s-a demonstrat a fi mai mare decât cea pozitivă. Cercetările privind modul de activare a amigdalei sunt inconsistente, unele arătând că, în cazul afectivității negative, nucleul stâng amigdalian se activează mai mult decât cel drept, iar altele susținând, dimpotrivă, că nucleul drept se activează mai mult. De asemenea, nu este clar dacă amigdala este implicată în exprimarea continuă a afectului negativ sau doar în învățarea inițială a acestuia (Davidson, Jackson și Kalin, 2000).

Din perspectiva circuitului neural al emoțiilor, Davidson a demonstrat că există diferențe semnificative între indivizi în ceea ce privește magnitudinea și direcția activării de bază la nivelul CPF. Aceste diferențe prezic starea de spirit, comportamentul de activare sau inhibare, reactivitatea la stimulii pozitivi sau negativi, nivelul de bază al funcțiilor imunitare, precum și reactivitatea sistemului imunitar în cazul stărilor emoționale. Acestea au fost puse în legătură cu rolul CPF în reglarea timpului de răspuns emoțional și inhibarea afectului negativ. Persoanele cu un nivel mai mare de activare a CPF stâng își pot reveni mai repede din stările de afect negativ sau de stress decât indivizii cu o activare mai mare a CPF. În plus, s-a identificat o legătură între CPF și amigdală – în absența inputului de stingere a emoției negative, amigdala rămâne activată, perpetuând trăirile negative. Legătura se realizează prin mecanismul glucozei. Astfel, studii PET au arătat că metabolismul glucozei în CPF stâng (în zonele medială și laterală) are un corespondent invers în metabolismul glucozei la nivelul amigdalei. Astfel, un metabolism al glucozei mai ridicat în CPF stâng determină o diminuare a activării amigdalei și, deci, diminuarea timpului de trăire a afectelor negative. Studiile de laborator au indicat o corelare între metabolismul

ridicat al glucozei în nucleul amigdalian drept și scorul la scala AN (Afectivitate Negativă) din cadrul PANAS (Scala afectivității pozitive și afectivității negative). În alte studii, indivizii cu un metabolism mai ridicat al glucozei la nivelul nucleului amigdalian drept și-au amintit mai multe secvențe negative dintr-un film și au avut reacții electrodermale mai puternice (Davidson, Jackson și Kalin, 2000).

*Modelul motivațional al apropierii și retragerii.* Modelul a fost propus în 2005 de Demaree și colaboratorii săi. Aceștia susțin că emoțiile sunt puternic asociate comportamentului indivizilor în mediul în care se află. Fericirea, surpriza și mânia sunt considerate a fi emoții de apropiere deoarece indică o interacție a individului cu stimulii din mediu. Pe de altă parte, tristețea, frica și dezgustul sunt emoții de retragere, pentru că individul încearcă să evite stimulii din mediu care i-ar putea provoca aceste reacții (Torro Alves et al., 2008). Studiile de imagistică cerebrală realizate de Davidson au arătat că mânia nu utilizează același model de activare prefrontală în cadrul emisferei drepte care apare în cazul emoțiilor negative asociate comportamentului de retragere (Davidson, 2000).

### 3. LEGĂTURA DINTRE LATERALIZAREA CORPORALĂ ȘI PROCESAREA EMOȚIILOR

Studiile dintre lateralizarea somatică și lateralizarea emisferică a emoțiilor sunt foarte puține, fie pentru că cercetări mai vechi, realizate în anii 80 ai secolului trecut, nu au descoperit corelații semnificative și astfel acest teren a fost abandonat, fie pentru că s-a considerat adesea că lateralizarea corporală corelează mai puternic cu activări diferite la nivelul cortexului motor și nu și la nivelul structurilor cerebrale implicate în procesare emoțională. De asemenea, cea mai mare parte a studiilor privind lateralizarea emoțiilor sunt cele efectuate de Davidson și colaboratorii săi, în cadrul teoriei valenței. Ori, așa cum am arătat anterior, aceste studii insistă prioritar asupra considerentelor de ordin bio-chimic (mecanismul de procesare a glucozei) care determină lateralizarea emoțiilor.

Puținele cercetări efectuate în ultimul deceniu au stabilit o serie de corelații între lateralizarea vizuală și auditivă și procesările emoționale, precum și între lateralizarea membrelor și manifestări privind stresul sau anxietatea. Prezentăm în continuare, succint, aceste rezultate. Din redarea lor se poate observa că, spre deosebire de numărul mare de cercetări realizate cu privire la relația dintre lateralizarea cerebrală și emoții, în domeniul lateralizării somatice există numeroase arii de studiu neacoperite și, în consecință, numeroase oportunități.

Studiile efectuate de McKeever (*apud* Elias et al., 1998) au pus în evidență o superioritate a câmpului vizual stâng pentru perceperea emoțională a stimulilor, arătând că avantajul preexistent al CVS în recunoașterea fețelor a fost amplificat atunci când fețele trădau manifestări emoționale. De asemenea, s-a demonstrat existența unui avantaj auditiv al urechii stângi. În cazul recunoașterii unor stimuli emoționali (Haggard, Parkinson, *idem*). Un studiu efectuat de Elias și colaboratorii săi au indicat o specializare auditivă, AUS apărând în cazul sarcinilor de recunoaștere a tonului vocii, în timp ce avantajul auditiv al urechii



drepte a apărut în cazul unei sarcini de procesare rațională - discriminarea între o serie de paronime. Elias și colaboratorii (*ibidem*) au arătat că preferința pentru un anumit picior, spre deosebire de lateralizarea mâinii, este un predictor mai bun al lateralizării cerebrale a emoțiilor. Astfel, 94% dintre participanții cu lateralizare dreaptă a piciorului au prezentat AUS, în timp ce doar 63% dintre participanții cu lateralizare stânga a piciorului au prezentat AUS. Indivizii cu lateralizare dreaptă a piciorului au prezentat AUS semnificativ, în timp ce subiecții cu lateralizare stânga a piciorului au prezentat AUS nesemnificativ. Participanții cu lateralizare stânga și pentru mână și pentru picior au prezentat AUS nesemnificativ și cel mai mic procentaj al AUS - 38%. Toti participanții cu lateralizare dreaptă a piciorului (indiferent de lateralizarea stânga sau dreaptă a mâinii) au prezentat AUS semnificativ (Elias, Bryden, Bulman-Fleming, 1998).

Un studiu efectuat de Choudhary și O'Carroll (*in* Spivak et al., 2003) a evidențiat o prevalență a lateralizării mâinii drepte în cazul veteranilor de război și a copiilor ce prezentau sindrom de stres post-traumatic (PTSD). În plus, stângacii au avut scoruri semnificativ mai mari în privința simptomelor de izbucnire a manifestărilor PTSD. Acest studiu a confirmat rezultatele obținute anterior de Spivak și colaboratorii săi: un eșantion de 80 de bărbați cu PTSD dezvoltat în urma participării într-un conflict militar, au prezentat lateralizare stânga sau mixtă într-o proporție de 65% față de un eșantion de control, fără PTSD, unde incidența lateralizării a fost de 43%. Autorii consideră că rezultatul poate fi explicat prin prisma faptului că în cazul pacienților cu PTSD există o asimetrie mai slabă interemisferică, fapt ce permite emisferei drepte să joace un rol mai activ în procesarea perceptuală, cognitivă și în reglementarea răspunsurilor biologice.

Cel mai recent studiu pe această temă, realizat la sfârșitul anului 2011 de Wright și Hardie, a arătat că stângacii prezintă un nivel mai ridicat al anxietății, ca stare, în cadrul unei situații experimentale. Astfel, deși în studiu au fost incluși subiecți cu același nivel al anxietății de bază, stângacii au prezentat un nivel mai ridicat al răspunsului emoțional la stimulii cercetării. De asemenea, folosind ANCOVA pentru a studia influența anxietății ca trăsătură de caracter asupra anxietății ca stare de moment, rezultatele pentru stângaci au indicat o influență a lateralizării mâinii. Autorii consideră că reactivitatea mai mare a persoanelor cu lateralizare stânga poate influența modul în care aceștia răspund într-o situație nouă. Rezultatele susțin rolul emisferei cerebrale drepte în influențarea afectivității negative. (Wright, Hardie, 2011)

Rezultatele acestui studiu corespund cu observațiile noastre de-a lungul timpului, și anume că stângacii au o reactivitate emoțională mai mare față de dreptaci. Aceste observații au constituit punctul de plecare pentru un studiu experimental, în care ne-am propus să identificăm dacă există o legătură între lateralizarea somatică și modul de interiorizare și exprimare a trăirilor emoționale. Acest studiu va fi prezentat într-un articol ulterior.

#### 4. BIBLIOGRAFIE

- Annett, M. (2002). *Handedness and Brain Asymmetry. The Right Shift Theory*. Hove, East Sussex: Psychology press.
- Beaton, A.A. (2004). The nature and Determinants of handedness. In Hugdahl, K., Davidson, J.R. *The Asymmetrical Brain*. Cambridge, Massachusetts: Bradford Book, The MIT Press.
- Berridge, C.W., Espana A.R., Stalnaker T.A., Stress and Coping: Dopamine Efferents within the Prefrontal Cortex. In Hugdahl, K., Davidson, J.R. *The Asymmetrical Brain*. Cambridge, Massachusetts: Bradford Book, The MIT Press.
- Bishop, D.V.M., Ross, V.A., Daniels, M.S., Bright, P. (1996). The Measurement of Hand Preference: a Validation Study Comparing Three Groups of Right-Handers. *British Journal of Psychology*, Vol. 86, 269-285.
- Bourassa D.C., McManus I.C., Bryden M.P. (1996). Handedness and Eye-Dominance: a Meta-Analysis of Their Relationship, *Laterality*, Vol. 1, 5-34.
- Bryden, Roy, E.A., M.P., McManus, I.C., Bulman-Fleming M.B. (1997). On the Genetics and Measurement of Human Handedness, *Laterality*, 2 (3/4), 317-336.
- Byrd, T. (2008). Left Handedness and Increased Mortality - is There a Link?, <http://healthpsych.psy.vanderbilt.edu/2008/LeftHand.htm>. accesat la 24.01.2012.
- Carey, P.D., Smith, T.D., Martin, D., Smith, G., Skriver, J., Rutland, A., Shepherd, W. J. (2008) The Bipedal Ape: Plasticity and Asymmetry in Footedness, *Cortex*, Vol. 45, 650-661.
- Choudary, J.C., O'Carroll, E. R. (2007). Left Hand Preference Is Related to Posttraumatic Stress Disorder, *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 20, No. 3, 365-369.
- Clavero J.M., Estévez J.P., Alvarez G. (1993). Left-Handedness and Diabetes Mellitus of Autoimmune Origin, *Rev Med. Chil.*, 121(8), 903-907.
- Craig, A.D. (2004). Human Feelings: Why Are Some More Aware than Others?, *Trends in Cognitive Sciences*, Vol. 8 (6), 239-241.
- Craig, A.D. (2010). The Sentient Self, *Brain Struct Funct*, 214, 563-577.
- Crawford, R.J., Henry, D.J. (2004). The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Construct Validity, Measurement properties and Normative Data in a Large Non-Clinical Sample, *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 245-265.
- Crow T. J., Close J. P., Dagnall A. M., Priddle T. H. (2009). Where and what is the Right Shift Factor or Cerebral Dominance Gene? A Critique of Francks et al., *Laterality*, 14 (1), 3-10.
- Dassonville, P., Zhu, X.-H., Ugurbil, K., Kim, S.-G., Ashe, J. (1997). Functional Activation in Motor Cortex Reflects the Direction and the Degree of Handedness, *PNAS*, Vol. 94, No. 25, 14015-14018.
- Davidson, J.R., Jackson, R.J., Kalin, H.N. (2000). Emotion. Plasticity. Context and Regulation: Perspectives from Affective Neuroscience, *Psychological Bulletin*, Vol. 126, No. 6, 890-909.



- Davidson, J.R. (2003). Darwin and the Neural Bases of Emotion and Affective Style, *Annals of New York Academy of Sciences*, Vol. 1000, 316-336.
- Deutsch, D., (1980). Ear dominance and sequential interactions, *Journal of the Acoustical Society of America*, Vol. 67 (1), 220-228.
- Donaldson, G, Johnson, G. (2006). The Clinical Relevance of Hand Preference and Laterality, *Physical Therapy Review*, Vol. 11(3), 195-203(9).
- Elias, J.L., Bryden, M.P., Bulman-Fleming, M.B. (1998). Footedness Is a Better Predictor than is Handedness of Emotional Lateralization, *Neuropsychologia*, Vol. 36, No.1, 37-43.
- Francks C., Maegawa S., Laurén J., et al. (2007). LRRTM1 on Chromosome 2p12 is a Maternally Suppressed Gene that is Associated Paternally with Handedness and Schizophrenia, *Mol. Psychiatry* 12 (12), 1129-1139.
- Gabbard, C., Hart, S. (1996). A Question of Foot Dominance, *The Journal of General Psychology*, Vol. 123, No. 4, 289-296.
- Geschwind, H.D., Miller, L. B., DeCarli, C., Carmelli, D. (2001). Heritability of Lobar Brain Volumes in Twins Supports Genetic Models of Cerebral Laterality and Handedness *PNAS*, Vol. 99, No. 5, 3176-3181.
- Golu, Mihai, (2004). *Bazele psihologiei generale*, București: Editura Universitară.
- Gong G., Jiang T., Zhu C., Zang Y., He Y., Xie S., Xiao J. (2005). Side and Handedness Effects on the Cingulum from Diffusion Tensor Imaging, *Neuroreport*, 16 (15), 1701-1705.
- Gratz, L.K., Roemer, L., (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale, *Journal of Psychology and Behavioral Assessment*, Vol. 26, No. 1, 41-54.
- Grimshaw, M.G., Bryden, M.P., Finegan, K. J-A. (1995) Relations Between Prenatal Testosterone and Cerebral lateralization in Children, *Neuropsychology*, Vol. 9(1), 68-79.
- Hagan, Monica, (2009). Sinister origins: The Potential Roots of Left-Handedness, [http://www.transy.edu/hollean\\_society/journal2009.htm](http://www.transy.edu/hollean_society/journal2009.htm), accesat la 24.01.2012.
- Hermans, M.P., Ahn, S.A., Selvais, P.L., Rousseau M.F. (2009). Handedness, Insulin Sensitivity and Pancreatic B-cell Function in Type 2 Diabetes. *Diabet Med.*, 26 (12), 1289-1292.
- Hofmann, G.S., Kashdan, B.T. (2010). The Affective Style Questionnaire: Development and Psychometric Properties. *Journal of Pshychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 255-263.
- Kober, H., Feldman Barrett, L., Joseph, J., Bliss-Moreau, L., Lindquist, K., Wager, T., D. (2009). Functional Grouping and Costical-subcortical Interactions in Emotion: A Meta-analysis of Neuroimaging Studies, *Neuroimage*, 42(2), 998-1031.
- Marshall. L.H., Magoun. W.H. (1998). *Discoveries in Human Brain, Neuroscience Prehistory, Brain Structure and Function*, Totowa, New Jersey: Humana Press Inc.
- McManus, I.C., Bryden, M.P., Geschwind (1991). Theory of Cerebral Lateralization: Developing a Formal, Causal Model, *Psychological Bulletin*, Vol. 110, No. 2, 237-253.
- McManus, I.C. (1999). Handedness, Cerebral Lateralization and the Evolution of Language, in *The Descent of Mind: Pshychological Perspectives on Hominid Evolution*, 194-217, Oxford: Oxford University Press.
- Ochsner K.N., Gross J.J., (2005). Putting the 'I' and the 'Me' in Emotion Regulation: Reply to Northoff, *Trends in Cognitive Sciences*, 9, 409-410.
- Oldfield, R.C. (1971). The Assesment and Analysis of Handedness: The Edinburgh Inventory, *Neuropshychologia*, Vol. 9, 97-113.
- Previc, H. F. (1991). A General Theory Concerning Prenatal Origins of Cerebral Lateralization in Humans, *Pshychological Review*, Vol. 96, No.3, 299-334.
- Reid, C. S., Serrien, D.J (2012). Handedness and the Excitability of Cortical Inhibitory Circuits, *Behavioural Brain Research*, 230 (1), 144-148.
- Roth, Melissa (2005). *The Left Stuff: how the left-handed have survived and thrived*. Maryland: The Rowman & Littlefield Publishing Group Inc.
- Searleman, A., Fugagli K.A., (1987). Suspected Autoimmune Disorders and Left-Handedness: Evidence from Individuals with Diabetes, Crohn's Disease and Ulcerative Colitis, *Neuropsychologia*, 25(2), 367-74.
- Siebner, R.H., Limmer, C., Peinemann A., Drzezga A., Bloem R. B., Schwaiger M., Conrad B. (2002). *The Journal of Neuroscience*, 22(7), 2816-2825.
- Sokal, H.B., Allen, J.B.J. (2008). The Reliability and Validity of Self-Reported Footedness, [www.psychofizz.org](http://www.psychofizz.org), accesat la 24.01.2012.
- Spivak, B., Segal, M., Mester, R., Weizman, A., (1998). Lateral Preference in Post-Traumatic Stress Disorder, *Psychol Med.*, Vol. 28, No. 1, 229-232.
- Szabo, C.A, Xiong, J., Kancaster, L.J., Rainey, L., Fox, P., (2001). Amygdalar and Hippocampal Volumetry in Control Participants: Differences Regarding Handedness, *American Journal of Neuroradiology*, Vol.22, No.1, 1342-1345.
- Torro Alves, N., Fukusima, S.S., Aznar-Casanova, J.A. (2008). Models of Brain Asymmetry in Emotional Processig, *Psychology & Neuroscience*, Vol. 1, No.1, 63-66.
- Watson, D., Clarck, L.A., Tellegan, A. (1988). Development and Validation on Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales, *Journal of Personality and Social Psychology*, 54 (6), 1063-1070.
- Wagner T.D., Phan L.K., Liberzon, I., Taylor S.F. (2003). Valence, Gender and Lateralization of Functional Brain Anatomy in Emotion: a Meta-Analysis of Findings from Neuroimaging. *NeuroImage*, Vol. 19, 513-531.
- Willis, M.W., Ketter T.A., Kimbrel, T.A., George, M.S., Herscovitch, P., Danielson, A.L., Benson B.E., Post. R.M. (2002) Age. Sex and Laterality Effects on Cerebral Glucose Methabolism in Healthy Adults, *Psychiatry Research Neuroimaging*, 114, 23-37.



Wright, L., Hardie, M.S. (2011). Are Left-Handers Really More Anxious?, *Laterality: Asymmetries of Body, Brain and Cognition*, 1-14.

Yeo, A.R., Gangestad, W.S. (1993). Developmental Origins of Variation in Human Hand Preference, *Genetica*, Vol. 89, 281-296.



# PERSPECTIVE TEORETICE ASUPRA LATERALITĂȚII

OLIVIA CIUBOTARIU, VIOLETA S. ROTĂRESCU

Universitatea din București, olivia.ciubotariu@gmail.com, rotarescu.violeta@gmail.com

**ABSTRACT:** This paper aims the analysis of the existence of relevant and significant links in between direction and degree of body lateralization (which could be assessed via handedness, footedness, eye dominance and their degree) via the analysis of several theoretical frames.

The theoretical approach was based on review of scientific research on causes of laterality (genetic, bio-chemical, neurologic and physiological explanations). This paper represents the basis of one of the very few studies done worldwide on link between body lateralization and emotional affect. Results obtained are to be presented in a different paper.

**Key words:** lateralization, lateral dominance, causes of laterality.

## 1. INTRODUCERE

*Lateralitatea* (Random House Dictionary) reprezintă dominanța sau dezvoltarea superioară a unei părți a corpului sau a creierului față de cealaltă parte. (Hagan, 2009) Lateralizarea se referă și include preferința pentru o anumită mână, picior, ochi sau ureche, precum și dominanța cerebrală. Dintre acestea, preferința pentru mână este unul dintre aspectele cel mai ușor de observat în comportamentul uman și cel mai studiat de literatura de specialitate.

*Preferința pentru o anumită mână* este "încălnația naturală a unei persoane de a efectua o anumită sarcină cu o mână mai degrabă decât cu cealaltă, iar *performanța* este dexteritatea în efectuarea respectivei sarcini. Preferința pentru o anumită mână este parte integrantă a unei funcții cerebrale mai degrabă decât o funcție specifică a mâinilor." (Donaldson & Johnson, 2006, p. 1)

McManus a atras atenția asupra necesității diferențierii între direcția și gradul manualității. *Direcția* este un indicator al dominanței mâinii stângi sau drepte, în vreme ce *gradul* se referă la intensitatea sau mărimea respectivei dominanțe. Cercetătorul consideră că direcția lateralizării este determinată genetic, în vreme ce nu există suficiente studii asupra a ceea ce determină un anumit grad al lateralizării. (McManus, 1999) Din punct de vedere ontogenetic, preferința pentru o anumită direcție a lateralizării începe să se manifeste la vârsta de 18-24 de luni, în timp ce gradul lateralizării continuă să se dezvolte de-a lungul copilăriei și, posibil, chiar de-a lungul întregii vieți (de exemplu, situațiile în care o persoană, născută stângace, este forțată în copilărie să învețe să scrie cu dreapta, pentru ca, la vârstă adultă, să învețe să scrie cu stânga).

Un alt element important îl constituie distincția *preferință* – *abilitate*: în cazul unor persoane, deși preferința pentru o anumită mână este mai mare, abilitatea de a realiza sarcini cu respectiva mână poate fi mai mică decât abilitatea mâinii opuse. S-a observat că, în cazul copiilor cu Sindromul X fragil, majoritatea prezintă o preferință pentru mâna dreaptă, însă 50% dintre ei au o abilitate mai mare pentru aceeași sarcină atunci când folosesc mâna stângă (McManus, 1999). În cazul experimentelor practice, preferința pentru o anumită mână este mai mare în cazul scrisului decât în cazul forței de prindere, pentru a ținti față de a tasta și

pentru introducerea cuielor în găuri față de scoaterea lor (Bryden, 1997).

Preferința pentru o anumită mână a fost analizată dihotomic, trihotomic sau pe un continuum. Din perspectivă *dihotomică*, indivizii sunt considerați a fi stângaci sau dreptaci. Varianta *trihotomică* introduce categoria persoanelor cu lateralitate mixtă. În această a treia tipologie sunt încadrați indivizii care nu prezintă o înclinație clară și puternică spre sinistralitate sau dextralitate, ci au lateralitate inconsistentă, indeterminată sau sunt ambidextre. Ambidexteritatea este considerată preferința și capacitatea de a realiza aceeași sarcină cu oricare dintre cele două mâini și, în practică, e puțin frecventă. În cazul *continuumului*, lateralitatea este privită de la extrema stângă către cea dreaptă, subiecților atribuindu-li-se un coeficient de lateralitate în urma efectuării unor teste specifice.

În funcție de modul în care diferiți autori consideră preferința pentru o anumită mână în baza celor trei criterii, procentajele privind incidența diferă. Astfel, incidența absolută a direcției preferințelor este de aproximativ 90% pentru mâna dreaptă și 10% pentru mâna stângă (Fabre-Thorpe, 1993 *apud* McManus, 1999). Gradul ridicat de specializare a oamenilor către dreapta este inexplicabil, ținând cont că distribuția este mai variată în regnul animal – studiile asupra cimpanzeilor și gorilelor în captivitate indicând o majoritate pentru folosirea mixtă a ambelor brațe și doar procente mici ale animalelor cu preferință pentru brațul stâng sau cel drept.

Studiile efectuate de Annett de-a lungul timpului au indicat o incidență de aproximativ 66% a celor care nu prezintă nici un fel de lateralizare a mâinii spre stânga (pentru nici o activitate din cele frecvente), respectiv o incidență de aproximativ 30% a celor care efectuează una sau mai multe sarcini cu mâna stângă (este, de fapt, o lateralizare mixtă, în diferite grade). Autoarea citează și rezultatele altor studii. "Ambilateralitatea se definește ca preferință egală sau indiferentă pentru oricare dintre mâini. Ambilateralitatea adevărată este rară, în timp ce lateralizarea mixtă se întâlnește la 30% din populație" (Porac, Coren, 1981 *apud* Annett, 2002, p. 31).

*Preferința pentru un anumit picior* în cazul efectuării unei sarcini se stabilește în funcție de mișcările de mobilizare sau de stabilizare efectuate. Astfel, în general se utilizează un membru pentru manipulare (ex:



lovirea unei mingi de fotbal, urcarea pe o treaptă, desenarea pe nisip), în timp ce membrul celălalt asigură echilibrul postural. Se consideră că piciorul dominant este cel care realizează manipularea (mișcarea) propriu-zisă, în timp ce piciorul care asigură susținerea și echilibrul în timpul efectuării sarcinii este non-dominant. Prin prisma acestei definiții, pentru a putea stabili cu exactitate care picior este dominant, este necesară utilizarea în evaluare a unor sarcini bilaterale. Efectuarea de activități unilaterale (de tipul balansării unui picior sau săritului pe un picior) pot produce erori în evaluare, deoarece nu permit diferențierea clară a distribuției rolurilor între cele două membre. Ca și preferința pentru mâna dreaptă, lateralizarea piciorului prezintă și ea, o distribuție mai accentuată către piciorul drept, Carey și colaboratorii indicând o incidență de 80% la nivelul populației analizate. (Carey et al., 2008)

**Dominanța vizuală** este definită ca preferința pentru a folosi un ochi mai degrabă decât celălalt în sarcini vizuale monoculare (de exemplu, pentru a privi la microscop). Dominanța oculară este mai puțin stabilă decât lateralizarea mâinii sau piciorului și se poate schimba prin exercițiu, prin acoperirea sistematică a unuia sau altuia dintre ochi. De asemenea, în situațiile în care se folosesc ambii ochi, în funcție de distanța până la obiectul privit, dominanța între cei doi ochi se modifică, urmare a schimbării mărimii imaginii pe retină. Dominanța vizuală a fost asociată cu diferite afecțiuni; astfel, există o prevalență a dominanței ochiului stâng în cazul pacienților cu sindrom Williams – Beuren sau printre persoanele afectate de migrenă cronică.

**Dominanța auditivă** presupune că una din urechi procesează prioritar un sunet față de cealaltă ureche, în cazul unei audiții bilaterale ce implică transmiterea către fiecare din cele două urechi a două tonuri de frecvențe diferite. Efectul a fost descoperit în deceniul al optulea al secolului trecut – studiile au arătat că sunetul auzit tinde să corespundă frecvenței livrate către urechea dominantă mai degrabă decât frecvenței livrate către urechea non-dominantă, ceea ce înseamnă că, frecvența livrată către urechea dominantă e percepută, în vreme ce frecvența livrată către cealaltă ureche nu. Predominanța auditivă a fost pusă în evidență și în cazul în care s-a trimis aceeași frecvență către ambele urechi (Deutsch, 1980).

**Emisfera cerebrală stângă** a fost considerată „dominantă” de neurologi prin prisma faptului că majoritatea centrilor care guvernează elementele relaționale (limbaj, raționalitate, mâna folosită cel mai frecvent – dreapta) sunt localizați în această parte a creierului. Prin opoziție, emisfera dreaptă a devenit „emisfera non-dominantă”.

Privită dintr-o perspectivă integrată, lateralizarea apare ca un fenomen extrem de complex și, în același timp, individualizat, fiind rară o delimitare clară în două tipologii – ipsilateralitate stânga totală, respectiv ipsilateralitate dreapta completă. Studiile au indicat că 95% dintre persoanele cu lateralizare dreapta pentru mână au o preferință pentru piciorul drept, în timp ce 50% dintre cei care folosesc mai mult mâna stângă au o preferință pentru piciorul drept (Carey et al., 2008). Annett a sugerat procente de 87% și 96% ale preferinței pentru

piciorul drept în cazul indivizilor cu lateralizare „slabă” sau „puternică” a mâinii drepte, respectiv 53% și 84% preferință pentru piciorul stâng în cazul celor cu lateralizare „slabă” sau „puternică” a mâinii stângi (Annett, 2008).

Într-un studiu similar, realizat de Newman-Keuls, participanții cu lateralizare ipsilaterală stânga (mână-picior) au avut o prevalență mai ridicată a avantajului auditiv al urechii drepte (AUD) (Elias, Bryden, Bulman-Fleming, 1998). Autorii consideră că rezultatele pot fi explicate prin prisma faptului că utilizarea piciorului a fost mai puțin supusă influențelor culturale și, în consecință, a suferit mai puține alterări în timp (comparativ cu situațiile în care persoanele cu lateralizare stânga a mâinii au fost forțate să folosească în activitățile vizibile social mâna dreaptă).

Tema căreia i s-au dedicat cele mai multe studii a fost relația dintre lateralizarea motorie (în special a mâinii) și lateralizarea emisferică a limbajului. Un studiu efectuat pe un eșantion de 140 de dreptaci și 122 de stângaci (definirea a fost considerată din perspectiva lateralizării mâinii) a relevat, în cazul dreptacilor, o predominanță a emisferei stângi pentru limbaj în cazul a 96% dintre aceștia și o predominanță a emisferei drepte pentru restul de 4%. Nici unul din dreptaci nu a prezentat o tendință de activare emisferică bilaterală. În cazul stângacilor, pentru 70% dintre ei centrul limbajului au fost identificați în emisfera stângă, la 15% în emisfera dreaptă și 15% aveau o distribuție bilaterală (Annett, 2002).

Unii autori, precum McManus (1985, p. 107), consideră că unicul criteriu care ar trebui luat în considerare în clasificarea și evaluarea lateralității ar trebui să îl constituie mâna pe care o persoană o folosește atunci când scrie, pentru că aceasta „obține cel mai ridicat scor în privința lateralizării și este, probabil, măsura pe care se poate conta în cel mai înalt grad (evident, ținând cont de excepția cazurilor de schimbare forțată a mâinii de scris ca urmare a presiunii sociale)” (McManus, 1985, *apud* Beates, 2004, p.107). Evident, astfel de abordare este simplistă, un contra-argument simplu fiind observația că o persoană poate avea o lateralitate mână-picior încrucișată. De asemenea, există culturi în care preferința pentru mâna stângă este puternic condamnată și descurajată, astfel încât o persoană stângace este obligată să își folosească mâna dreaptă în cadrul tuturor activităților realizate în public, deci nu doar în cazul scrisului. În aceste culturi, o astfel de persoană ar deveni, din cauza presiunii sociale, dreptace. Elias și colaboratorii au arătat că lateralitatea piciorului este un indicator mai bun al anumitor comportamente (răspunsul emoțional); (Elias, Bryden, Bulman-Fleming, 1998). Considerăm, de aceea, că lateralitatea nu trebuie confundată cu preferința pentru folosirea unui anumit braț, fiind un concept mai larg.

Definirea lateralității doar în funcție de mâna dominantă este una îngustă, pentru stabilirea direcției și gradului de lateralizare unei persoane fiind necesară considerarea mai multor criterii – lateralizare motorică (mână – picior), lateralizare auditivă și lateralizare vizuală. Pornind de la această abordare holistă, folosind mijloacele moderne de imagistică neurologică, s-ar putea realiza o mai bună înțelegere a specializării



segmentelor motorii și a celor neuronale și a corelațiilor existente între aceste specializări, desigur, cu plusurile și minusurile care ar rezulta din ceea ce Annett numea “puzzle”-ul lateralității.

## 2. O PERSPECTIVĂ SOCIO-ISTORICĂ ȘI CULTURALĂ ASUPRA LATERALITĂȚII

Primele evidențe ale lateralizării dreapta a mâinii datează de aproximativ 1,5-1,6 milioane de ani și au la bază asimetriile post-laterale ale craniului, scheletului, precum și ale instrumentelor confecționate din piatră (Walker, Leakey, 1993, *apud* McManus, 1999).

Studiile asupra reprezentărilor din peșterile din Lascaux au identificat 35 de imagini ale palmei stângi și 7 ale celei drepte, ceea ce ar implica folosirea mai frecventă a stângii pentru activități fine de manipulare în Epoca de Gheață. Cu toate acestea, o preferință pentru mâna dreaptă în manevrarea armelor a fost identificată în desenele egiptene și asiriene (cca 3000 îH). Mai mult, în reprezentările timpurii ale situațiilor ce implicau scrierea, egiptenii și sumerienii țineau instrumentul de scris în dreapta. Aceeași practică a fost identificată în picturile mayașe și în lucrările tapisierilor din Bayeux din perioada medievală (Marshall, Magoun, 1998).

Cercetările asupra mormintelor egiptene antice, ilustrate cu scene din viața decedaților, au relevat faptul că aproximativ 6% dintre aceștia foloseau mâna stângă (Dennis, 1958 *apud* Annett, 2002). Analizele efectuate de Coren și Porac asupra a 16 perioade istorice, începând cu anul 3000 îH, au indicat o incidență relativ constantă în timp și în spațiu (Europa, Africa, Asia și America), aproximativ 7% din populație folosind preponderent mâna stângă (Annett, 2002).

De-a lungul timpului, lateralizarea a fost privită prin prisma principiului dualismului: *bun și rău, sacru și profan, divin și demonic*.

Din perspectivă religioasă, stigmatizarea părții stângi a corpului poate fi întâlnită de la Creștinism la Budism – semnul crucii se realizează cu mâna dreaptă, Isus “șade de-a dreapta Tatălui”, în iconografie diavolul apare ținând în mâna stângă o furcă, drumul stâng trebuie abandonat în favoarea drumului drept care duce către Nirvana, iar preferința pentru mâna stângă era un indiciu clar al capacității de a face vrăji în Anglia secolului XVII.

În practicile tribale, Maori consideră partea dreaptă a corpului “partea vieții”, în timp ce stânga e “partea morții” – de aceea femeile sunt obligate să își țină veșmintele rituale în mâna dreaptă.

Tendința de a folosi mâna dreaptă este atât de înrădăcinată, încât cu greu mai sesizăm utilizarea exclusivă a acesteia în activitățile curente (când dăm mâna cu cineva, când ne închinăm, când ridicăm mâna în semn de salut, etc.). Singurul rol atribuit exclusiv mâinii stângi este acela de a purta verigheta. Se pare însă că și acesta este stabilit cultural, încă de secole. Astfel, vechii greci, egiptenii și romanii purtau un inel pe un deget de la mâna stângă pentru a se proteja de blestemele vrăjitoarelor. În timp ce triburile Maori contemporane au un ritual asemănător, dar pentru a proteja „partea mai slabă” a corpului de tentații și de duhurile rele (Roth, 2005).

Lateralitatea a fost alteori asociată *dualismului masculin – feminin*, partea stângă, „mai neputincioasă”, fiind atribuită feminității. Zeul indian Shiva este reprezentat cu jumătatea dreaptă a corpului aparținând unui bărbat, iar cea stângă unei femei; în Hinduism și yoga partea stângă a corpului este partea feminină; aceeași simbolistică având-o și partea stângă a Copacului Vieții din Kabala. În Creștinism, partea dreaptă a corpului este masculină, rezultatul creației primare, în timp ce partea stângă, feminină, e rezultatul creației secundare, Eva apărând, probabil, dintr-o coastă din stânga corpului lui Adam. În practicile tribale, populațiile Waluwanga din Australia folosesc, în cadrul ceremoniilor, două bețe pentru a cânta: cel din dreapta este considerat a fi bărbatul, iar cel din stânga, femeia. Întotdeauna bățul din dreapta îl lovește pe cel din stânga, dreapta fiind partea care acționează, iar stânga partea care se supune (Roth, 2005).

Efectuarea sarcinilor cotidiene s-a realizat și încă se mai realizează în unele culturi pornind de la prejudecata “*stânga e rea, dreapta e bună*”. Astfel, Aristotel remarcă în privința ritualurilor din Grecia antică. “Ei consideră bun tot ceea ce e amplasat în dreapta, deasupra sau în față și rău tot ce e în stânga, dedesubt sau în spate” (Roth, 2005, p. 27).

Astfel, în culturile în care e o practică obișnuită ca, în timpul mesei, participanții să ia mâncarea direct cu mâna dintr-un vas comun, acest lucru e rezervat doar mâinii “curate”, considerată a fi mâna dreaptă, mâna stângă trebuind să fie folosită doar în cazul efectuării sarcinilor “murdare”. Ca o consecință, în lumea islamică și asiatică, incidența stângacilor este foarte mică – în Japonia mâna stângă este folosită de 1,37% din populație pentru a scrie și de un maxim de 17,17% pentru a duce bagaje. În India incidența variază între 5,19% pentru scriere și 10,79% pentru a ridica un obiect. (Bryden et al., 1997) Incidența lateralizării stângi în cazul etniilor arabe și asiatice stabilite în SUA este mult mai mare, fapt ce indică importanța influenței mediului social.

Populațiile Zulu introduc mâna stângă a copiilor în apă fierbinte, tocmai pentru ca aceștia să nu o mai poată folosi pe viitor, iar cele de pe cursul râului Niger interzic femeilor să folosească mâna stângă la prepararea mâncării.

Cea mai redusă preferință pentru folosirea mâinii stângi a fost identificată în insula Tristan da Cunha din Atlanticul de Sud, unde, în 1997, nici un locuitor nu utiliza stânga pentru a scrie, a arunca un obiect sau a se pieptăna și exista un maxim de 7,69% a utilizării aceste mâini - pentru transportul bagajelor. (Bryden et al., 1997)

Persistența acestor credințe, ritualuri și obiceiuri de-a lungul timpului a dus la *stigmatizarea stângacilor*. Însăși etimologia latină a termenului “sinistrals” semnifică răutate, demonism, perversitate, nenoroc, situații care trebuie combătute sau anihilate. “Lupta” împotriva “sinistrilor” a îmbrăcat forme diferite – de la uciderea sau pedepsirea a tot ce era “vrăjitoresc” și până la forțarea, în secolul XX, de a folosi în activitățile curente doar mâna dreaptă. Astfel, în primul deceniu al secolului trecut, în SUA s-au organizat simpozioane pentru profesori și părinți pentru a-i convinge să îi



determine pe copiii stângaci să folosească mâna dreaptă, pentru a-i "învăța valoarea conformității." (Roth, 2005)

Regimurile comuniste din Estul Europei condamnau aspru folosirea mâinii stângi, învățătorii impunându-le frecvent elevilor schimbarea mâinii la scriere/desen.

În 1998, un sfert din tinerii stângaci din SUA intervievați au raportat încercări de a-i convinge să folosească mâna dreaptă și nu cea stângă în efectuarea unor sarcini vizibile (scris, mânguirea unor obiecte, etc.); (Roth, 2005). Din păcate, practica aceasta este perpetuată în continuare în sistemul de învățământ din China, Coreea și Taiwan. Două studii citate de Melissa Roth au relevat că această practică a cadrelor didactice, dublată de sancțiunile aplicate de părinți, au efecte negative asupra copiilor - care pot dezvolta sentimentul de vină, pentru că își dezamăgesc familia, sau sentimentul de inadecvare, cauzat de incapacitatea de a se conforma cerințelor cadrelor didactice sau ale părinților. Acest lucru are drept consecință un potențial crescut de apariție a anxietății la vârsta adultă.

Un studiu recent de imagistică cerebrală efectuat de Siebner și colaboratorii săi (Siebner et al., 2002) asupra unui eșantion format din dreptaci și stângaci convertiți să scrie cu dreapta a arătat că, cinematica scrisului nu diferă între stângacii convertiți și dreptaci. În schimb, în cazul dreptacilor din naștere procesul de scriere determină preponderent o activare a emisferei cerebrale stângi în zonele parietale și premotorii; în timp ce stângacii convertiți prezintă mai degrabă activare bilaterală, cu apariția unor activări particulare în cortexul premotor lateral, parietal și temporal din emisfera dreaptă. Mai mult, activările în porțiunea rostrală a ariei motorii suplimentare (*Rostrol Supplementary Motor Area*) și în lobula parietală inferioară dreaptă (*Right Inferior Parietal Lobule*) au demonstrat, în timpul scrierii, o corelație liniară între gradul lateralizării și fluxul cerebral sangvin normalizat de la nivelul acestor regiuni. Activitatea funcțională a cortexului primar senzorio-motor, în timpul sarcinilor de scriere, nu a fost influențată de lateralizare. S-a remarcat existența unor diferențe funcționale neuro-anatomice, în cazul scrisului, între dreptaci și stângacii convertiți, în ciuda deceniilor în care stângacii convertiți au scris cu dreapta. Autorii au considerat că activarea emisferică dreaptă în cazul stângacilor convertiți ar putea fi rezultatul suprimării mișcărilor nedorite ale mâinii stângi sau o formă persistentă a lateralizării stânga (fapt care ar implica existența unei legături între direcția și gradul lateralizării stânga și reprezentările corticale în zonele motorii).

Deschiderea societăților Occidentale în privința folosirii mâinii stângi s-a produs abia în secolul XX, după cel de-al doilea război mondial. Henry Truman a fost primul președinte stângaci al SUA care și-a folosit public această abilitate, fapt care a dus la o creștere a acceptării sinistralității, fiind urmat și de alții (George Bush senior, Barack Obama). Un studiu efectuat în Londra în preajma primului război mondial a indicat o incidență a școlarilor care scriau cu mâna stângă de 3-4%, în timp ce, un studiu similar, repetat în anii '70, a indicat aceeași incidență în cazul populației de vârsta a treia, dar un procentaj de 10% în cazul adulților de până

în 44 de ani. O tendință similară s-a înregistrat și în Australia (Annett, 2002). Numărul stângacilor din SUA s-a triplat în ultimul secol, ajungând să înregistreze între 11-15% din populație. (Roth, 2005). Cel mai probabil acest lucru nu se datorează unei creșteri reale a fenomenului de lateralizare stânga, ci este mai degrabă rezultatul recunoașterii publice a acestei particularități ca urmare a diminuării sau dispariției fricii de respingere.

Deși stigmatul social asupra stângacilor s-a redus în secolul XX în SUA, Europa de Vest și Australia, în deceniul al nouălea s-a constatat o creștere a numărului studiilor privind *dizabilitățile sau bolile* de care stângacii ar fi mai afectați față de dreptaci (predispoziție mai ridicată pentru cancerul la sân, afecțiuni psihiatrice, dizabilități de învățare și chiar o durată mai scurtă de viață). Melissa Roth consideră că aceste cercetări fac parte din „Teoria verigii slabe” (Roth, 2005). Începutul l-a constituit studiul publicat de Stanley Coren în 1980 care a raportat o incidență mai scăzută decât media a populației stângace în cadrul bătrânilor din SUA, fapt corelat de autor cu o durată mai mică de viață pentru stângaci. Studiul, repetat și în 1988, cu același rezultate, a stârnit numeroase proteste, precum și îngrijorări reale (ar trebui refăcute statisticile? ar trebui stângacii tratați diferit de dreptaci dacă îmbătrânesc mai repede?). Rezultatele au fost combătute de datele prezentate de Institutul Național pentru Studiul Îmbătrânirii și Serviciul Statistic din SUA, precum și de Academia Americană de Actuariat. Un alt studiu, din 1999, realizat de Universitatea din Auckland, Noua Zeelandă, a pus în evidență legătura dintre lateralitatea stângă și tendințele de a dezvolta paranoia sau schizofrenie; rezultatele au fost contrazise ulterior de o cercetare similară efectuată de Universitatea din Michigan.

Chiar dacă o parte a populației cu lateralizare stânga a mâinii a fost forțată să utilizeze mâna dreaptă pentru activități vizibile (scris, folosirea diferitelor instrumente, mâncat), acest lucru nu a diminuat sau modificat lateralizarea preponderentă spre stânga, după cum au indicat studiile efectuate de Annett asupra unor pianiști, precum și asupra stângacilor „convertiți” să scrie cu dreapta. În cadrul eșantionului de stângaci cu care am efectuat studiul practic (ce va fi prezentat într-un alt articol) am indentificat un subiect care, deși a fost forțat să scrie cu dreapta în copilărie, la vârsta adultă a re-învățat să scrie cu stânga, mână pe care o folosește în prezent pentru această activitate.

Din cauza represaliilor asupra stângacilor, ca urmare a folosirii mâinii „incorecte”, „murdare” în activități vizibile și ca urmare a forțării acestora pentru a utiliza, în schimb, mâna dreaptă, neurologii au început să folosească terminologia de „stângaci transformați”, încercând să descopere evidențe ale tendințelor de lateralizare stânga a mâinii la pacienți și rudele acestora, pentru a putea stabili cauzele și localizările exacte ale patologiilor neurologice.

### 3. TEORII PRIVIND CAUZELE APARIȚIEI LATERALITĂȚII

Cauzele apariției lateralității au primit explicații diferite de-a lungul timpului, mergând de la asocierea acestora



cu aspecte geografice (rotația Pământului) și până la teorii moderne bazate pe cercetări genetice.

**Teoriile de început ale lateralității.** Cea mai veche interpretare a cauzelor lateralității apare la Homer, care corela lateralitatea dreaptă cu direcția de rotație a Pământului. Teoria a fost preluată o perioadă îndelungată, fiind susținută chiar și în secolul XX, de către Wile (Beaton, 2004).

În secolul XIX lateralitatea a fost asociată unor cauze fiziologice – lateralitatea dreaptă apărând din nevoia de a contrabalansa centrul de greutate al corpului aflat în stânga (Buchanan, 2000, *apud* Beaton) sau ca urmare a dominanței ochiului drept (Parson, 1924, *apud* Beaton). De asemenea, lateralitatea stângă ar fi apărut ca urmare a unui flux crescut de sânge în partea stângă a corpului (O'Connor, 1890, *apud* Beaton 2004).

**Teorii științifice privind lateralitatea.** O enumerare preliminară a teoriilor existente în domeniul lateralității le împarte în teorii genetice, biochimice, neurologice și fiziologice, fără pretenția de a fi cuprins toate eforturile notabile în această direcție.

**Perspectivă genetică privind lateralitatea.** Teoriile genetice privind lateralitatea au pus accentul, de-a lungul timpului, pe existența unor *gene* care favorizează dezvoltarea centrilor limbajului la nivelul emisferei stângi și lateralizarea mâinii drepte.

Teoriile genetice de început susțineau rolul eredității în transmiterea lateralității, fără a explica însă mecanismul realizării. Lipsa explicațiilor științifice și, mai mult, apariția unor dovezi contrare (familiile care au copii stângaci, deși ambii părinți sunt dreptaci) au dus la abandonarea acestor teorii.

Cele mai cunoscute modele genetice de explicare a preferinței pentru o anumită mână sunt modelele care teoretizează existența unei singure gene (*teoria lui Annett*, respectiv *teoria lui McManus*) sau pleacă de la o concepție poligenică (*modelul lui Yeo și Gangestad*).

Un prim pas în susținerea unei baze genetice a lateralizării l-au constituit studiile realizate de Annett asupra persoanelor care foloseau predominant mâna stângă, cât și asupra familiilor acestora. Proporția preferinței pentru mâna stângă a fost cel puțin dublă în cazul copiilor care aveau măcar un părinte stângaci, față de copiii stângaci proveniți din familii cu ambii părinți dreptaci. Acest lucru nu s-a întâlnit în cazul familiilor în care copiii au fost adoptați (Annett, 2002), fapt ce i-a permis autoarei să susțină ipoteza genetică.

Într-un prim model elaborat în 1964, Annett considera că lateralitatea încrucișată este rezultatul expresiei a două alele, una pentru lateralizarea stângă (L) și una pentru lateralizarea dreaptă (R). L nu era complet recesivă, iar uneori se exprima în genotipuri heterozigote (RL). Acest lucru nu presupunea însă că toate persoanele „heterozigote” aveau automat o lateralizare mixtă (chiar dacă reciproca arăta că toate persoanele cu lateralitate mixtă erau heterozigote). Cele două alele puteau genera, deci, lateralizare stângă (LL), mixtă (RL) sau dreaptă (RR). Dacă modelul ar fi fost corect, doi părinți cu lateralitate dreaptă (RR) ar fi trebuit, în mod necesar, să aibă copii cu aceeași lateralitate (RR). Ori, ulterior formulării teoriei, Annett

a descoperit în practică excepții de la această regulă, fapt ce a determinat-o să își revizuiască explicația, elaborând *Teoria Schimbării către Dreapta (Right Shift Theory)*.

Conform acesteia, abilitățile diferite între cele două mâini sunt determinate de o variație spre dreapta de la o situație inițială, în care preferința către stânga era mai frecventă. Astfel, două alele  $rs^-$  se află în același loc autosomal. Alela  $rs^+$  determină lateralizarea centrilor vorbirii în emisfera stângă și produce o probabilitate mai mare de lateralizare dreapta a mâinii, prin „handicaparea” emisferei drepte. Astfel, indivizii dreptaci au mai puțină forță în mâna stângă decât au stângacii în mâna dreaptă. Lateralitatea stângă apare, cu o probabilitate apropiată de 50%, în cazul lipsei genei care determină variația spre dreapta, deci în prezența unui genotip  $rs^-$ . Prezența ambelor alele care determină schimbarea spre dreapta ( $rs^{++}$ ) sau doar a uneia din acestea ( $rs^+$ ) determină o lateralizare mai puternică a centrilor limbajului în emisfera stângă și o „slăbire” incidentală a mâinii stângi. (Annett, 2002)

McManus pleacă de la o concepție similară cu a lui Annett teoretizând tot existența a două alele în același loc autosomal. De asemenea, una dintre alele, C, este similară conceptului de  $rs^-$ , determinând distribuția variabilă a lateralității între indivizi. Cea de-a doua genă, D, produce dextralitatea și, de asemenea, lateralizarea vorbirii în emisfera stângă. C nu derivă dintr-o mutație preistorică, pentru că, într-o astfel de ipoteză preferința pentru stânga ar fi dispărut demult, ci, mai degrabă C reprezintă o mutație a lui D care apare permanent. Astfel, indivizii cu o combinație DD vor avea întodeauna lateralizare dreaptă și centrul vorbirii în emisfera stângă. Varianta CC determină probabilități egale, de 50% pentru lateralizarea mâinii spre stânga sau dreapta, iar lateralizarea mâinii și cea a centrilor cerebrali pentru vorbire sunt independente. În cazul genotipului DC, probabilitatea preferinței pentru mâna stângă este de 25% și se menține ipoteza independenței între asimetriile manuale și cele cerebrale.

Statistic, McManus a calculat că jumătate dintre stângaci sunt născuți în familii în care ambii părinți sunt dreptaci; doi părinți dreptaci au o probabilitate de 5-10% de a avea un copil stângaci, în timp ce doi părinți stângaci au o probabilitate de 25-30%; lateralizarea mâinii gemenilor monoziagoți diferă adesea (McManus, 1999).

Incidența variază însă în funcție de frecvența de apariție a alelei C. Astfel, în India, părinții stângaci au o probabilitate de trei ori mai mare decât dreptacii de a avea urmași stângaci, în timp ce în Canada această probabilitate e doar de două ori mai mare. Mai mult, în India părinții cu lateralizare puternică au o probabilitate de 5 ori mai mare de a avea urmași puternic lateralizați decât părinții cu lateralizare slabă. În Canada corelația s-a păstrat doar în cazul taților, dar cu un raport mai mic, de doar 1,75:1 (Bryden et al., 1997).

Modelul lui McManus a fost utilizat în numeroase calcule și simulări și și-a demonstrat eficiența în predicția distribuției preferinței pentru mâna stângă în cadrul diferitelor populații. În plus, modelul a putut explica și demonstra modul în care izolarea socială



poate influența distribuția lateralizării stânga în cazul populațiilor mici sau izolate.

Deși în prezent sunt cele mai citate teorii în literatura de specialitate, trebuie remarcat faptul că ambele teorii, atât cea lui Annett, cât și cea a lui McManus prezintă modele explicative care pleacă de la definirea lateralității prin prisma preferinței mâinii, ignorând lateralitatea piciorului sau lateralizarea preferințelor vizuale sau auditive. Din această perspectivă, cele două modele lasă locul unor noi explicații științifice, pentru a clarifica apariția lateralității încrucișate a membrilor (mână dreaptă – picior stâng sau invers), precum și a membrilor și preferințelor vizuale sau auditive (așa cum am arătat mai sus, Bourassa și colaboratorii au arătat că, la nivel global, aproximativ 30% dintre dreptaci au lateralizare vizuală stângă).

*Modelul poli-genic al lui Yeo și Gangestad* consideră că atât dreptacii puternic lateralizați, cât și stângacii sunt deviații de la normalitate, considerată a fi o lateralizare dreaptă moderată. Cu toate că nu au oferit detalii asupra bazelor genetice ale modelului, autorii au demonstrat că atât dreptacii puternic lateralizați, cât și stângacii, provin, în mare măsură, din familii unde cel puțin un părinte e stângaci.

*Perspectivile biochimice privind lateralitatea.* Geschwind și Galaburda au propus în 1985 o nouă serie de teorii asupra lateralității, având la bază nu criteriul genetic, ci o cauză bio-chimică: nivelul ridicat al hormonilor masculini din uterul mamei în timpul sarcinii. Lucrările lor au la bază o serie de 30 de postulate, primul și cel mai cunoscut fiind acela că *nivelul de testosteron* este principala și cea mai comună cauză a unei serii de diferențe individuale, afectând, printre altele, dezvoltarea cerebrală și sistemul imunitar (McManus, Bryden, 1991).

Punctul de plecare în investigarea ipotezei și formularea teoriei l-a constituit observarea faptului că persoanele cu lateralizare stângă a mâinii aveau mai multe boli autoimune – colită ulcerativă, migrene, boală celiacă, dislexie și bâlbâială (*stuttering*). Un studiu preliminar al celor doi a indicat o prevalență a acestor boli la stângaci față de dreptaci într-un raport de 2,7:1 (Hagan, 2009).

Testosteronul joacă rolul central, pentru că ar determina modificări în lateralizarea cerebrală sau manuală față de ceea ce e considerat a fi normalitate (lateralizarea în emisfera cerebrală stângă a limbajului, respectiv manualitatea dreaptă). Trebuie menționat că teoria nu prezintă o dovadă evidentă a ceea ce autorii consideră normalitate, ci doar dovezi ale „devierii” de la standard. Astfel, un nivel scăzut de testosteron ar provoca o încetinire a ritmului de dezvoltare a emisferei cerebrale stângi (față de cea dreaptă) în zona *planum temporale*, ceea ce duce la o asimetrie între cele două emisfere (considerată normală de către cei doi autori). În condițiile unui exces de testosteron, dezvoltarea *planum temporale* devine egală între cele două emisfere, fapt care antrenează o creștere a probabilității de a avea lateralitate stângă, de a dezvolta probleme de limbaj sau de a-și reveni mai greu după experimentarea unor probleme neurologice (ex: afazie). Autorii și-au probat teoria cu ajutorul autopsiilor realizate asupra unor dislexici.

În plus, testosteronul joacă un rol important și după naștere, prin efectele asupra timusului și, deci, asupra sistemului imunitar, fapt care ar explica incidența mai mare a bolilor autoimune în cazul stângacilor. Cel mai frecvent, efectele negative apar în cazul bărbaților.

Geschwind și Galaburda au adus în sprijinul ipotezei lor și rezultatele unor studii efectuate asupra bolnavilor de *Hiperplazie congenitală a glandelor suprarenale* (HCGS), care este însoțită de un nivel ridicat al hormonilor masculini. Bolnavii manifestă preponderent lateralizare stângă sau mixtă, iar copiii au o formă atipică de asimetrie la nivelul *planum temporale*. Studii alternative asupra bolnavilor cu HCGS au adus dovezi contrare (Helleday, 1994, apud Beaton, 2004).

Teoria a fost, de asemenea, infirmată de analizele asupra fluidului amniotic realizate începând cu anii 90 – care au pus în evidență faptul că nivelele ridicate de testosteron în timpul sarcinii au corelat puternic cu o lateralizare ulterioară la nivelul mâinii drepte și lateralizarea centrului limbajului în emisfera stângă (Witelson, 1991 apud Beaton, 2004). Un studiu similar a fost realizat de Grimshaw și colaboratorii, acesta relevând că un nivel mai mare al testosteronului în fluidul amniotic în cel de-al doilea trimestru de sarcină a corelat, în cazul fetelor, la vârsta de 10 ani, cu o lateralizare mai puternică a mâinii drepte și o specializare mai ridicată a limbajului la nivelul emisferei stângi. În cazul băieților incluși în studiu, la vârsta de 10 ani, nivelele mai ridicate de testosteron din perioada fetală au corelat cu o specializare mai ridicată a emisferei drepte pentru recunoașterea emoțiilor (Grimshaw, Bryden, Finegan, 1995).

Un concept important al lui Geschwind, cel de *anomalous dominance* (AD) a fost contestat de McManus. Conceptul de AD a fost definit ca deviație de la normalitate, și a fost aplicat tuturor celor care au o lateralizare complet inversată (dominanță puternică a emisferei drepte pentru limbaj, preferință pentru mâna stângă și dominanță emisferică stângă pentru celelalte sarcini), precum și celor cu lateralizare parțial inversată. Geschwind și Galaburda au susținut că aproximativ 30-35% din populație ar prezenta AD, fapt combătut de McManus cu date statistice. (McManus, Bryden, 1991).

*Perspectivile neurologice privind lateralitatea.* Perspectivile neurologice asupra lateralității au la bază ipoteza formulată de Witelson, în 1985, conform căreia stângacii au *corpul calos* mai dezvoltat. Witelson a și-a construit teoria pe rezultatele unor studii post-mortem. În sprijinul său au venit o serie de șapte studii realizate zece ani mai târziu de Driesen și Raz (apud Beaton, 2004). Această teorie a fost dezvoltată și de Derakhshan, care a arătat că la baza mișcărilor corpului uman stă direcția fluxului neural din cadrul corpului calos. Una dintre măsurile preferinței pentru o anumită mână și dominanței cerebrale o constituie *timpul de transfer inter-emisferic* (timpul în care un semnal din centrul de comandă din emisferă ajunge la nivelul aparatului motor efector contralateral). S-a identificat o diferență între timpul de transfer atunci când se compară mișcarea mâinii dominante față de cea a mâinii non-dominante, diferență explicată prin încetinirea vitezei de transfer la nivelul corpului calos, fenomen care se manifestă atunci când informația se



transmite împotriva direcției normale a fluxului neuronal (Donaldson & Johnson, 2006).

Alte cercetări au relevat faptul că la nivelul cortexului motor primar, *proiecția mâinii stângi* a stângacilor este mai mare decât proiecția mâinii drepte (Beaton, 2004). Dacă acest lucru poate fi explicat prin folosirea preponderentă a mâinii stângi, care a dus la o proiecție corticală mai mare, nu e clară pre-existența unei proiecții corticale care să determine o anumită lateralizare.

*Teoria patologică a preferinței pentru o anumită mână* consideră că lateralizarea stânga este o consecință a apariției unor traume la nivelul emisferei stângi în timpul dezvoltării timpurii și a unei componente genetice. Satz consideră că această deteriorare emisferică duce la un transfer al funcției din emisfera stângă, afectată, către cea dreaptă (Donaldson & Johnson, 2006).

Mohr și Bracha au pus în evidență faptul că oamenii se întorc constant în jurul *emisferei care are cel mai mic nivel de dopamină*, implicația fiind că indivizii cu lateralizare dreapta a mâinii preferă să se întoarcă spre stânga, în vreme ce stângacii preferă să se întoarcă spre dreapta (*idem*).

*Studiul lui Szondi* și al colaboratorilor săi (2001) a demonstrat existența unor diferențe neurologice clare între stângaci și dreptaci. Participanții cu preferință pentru mâna stângă au volume ale hipocampului și amigdalei ce prezintă o similaritate mai mare între emisferele stângă și dreaptă decât în cazul subiecților cu preferință pentru mâna dreaptă (care prezintă asimetrie emisferică). În plus, stângacii au medii relativ similare în privința volumelor stâng și drept ale hipocampului și amigdalei în comparație cu dreptacii.

Un studiu longitudinal realizat de Geschwind și colaboratorii asupra unor perechi de gemeni aflați la vârste adulte, respectiv la bătrânețe, a relevat că: perechile de gemeni în care ambii frați aveau preferință pentru mâna dreaptă aveau o asimetrie mai pronunțată a emisferei drepte față de cea stângă, la nivelul zonelor frontale și temporale, și o asimetrie mai pronunțată spre stânga a volumelor parietale și occipitale. Perechile de gemeni în care cel puțin unul din frați avea o preferință pentru mâna stângă aveau o asimetrie stânga semnificativ mai mare în volumul creierului din zona occipitală, dar nu manifestau aceeași asimetrie în regiunile frontale, temporale și parietale. Concluzia la nivelul eșantionului a fost că subiecții care aveau lateralizarea stânga a mâinii manifestau un nivel mai mic al asimetriei între cele două emisfere. fapt ce susține și rezultatele studiului lui Szabo. Mai mult, în cazul perechilor cu stângaci, s-a identificat o tendință către o simetrie mai mare între lobii temporali și frontali. (Geschwind et al., 2001)

*Perspectivile fiziologice privind lateralitatea.* Previc a analizat poziția fătului în uter, concluzionând că o orientare asimetrică a acestuia, în ultimul trimestru de sarcină, cu o înclinare către stânga față de linia mediană a corpului mamei, determină o asimetrie otolitică ce are drept consecință reflexe vestibulo-spațiale mai puternice pe partea stângă a corpului. Autorul a estimat că două treimi din populație prezintă un avantaj otolitic stâng, ceea ce determină pre-eminanța părții stângi a

corpului în controlul postural și specializarea preponderentă a părții drepte a corpului pentru funcțiile de mobilizare. Importantă este legătura dintre labirintul de la nivelul urechii și mușchii extensori antigravitaționali (gastrocnemian și solear). Chiar dacă labirintul exercită un control bilateral asupra reflexelor antigravitaționale, influența este mai puternică asupra grupelor de mușchi ipsilaterali, astfel încât stimularea labirintului stâng produce o extensie mai mare a mușchilor antigravitaționali din stânga și o extensie mai mică pe partea dreaptă. Astfel, asimetriile laterale în forța excitatorie antigravitațională provin din dezechilibrul între funcțiile vestibulare ale celor două urechi, determinat de avantajul părții stângi, urmare a unei dezvoltări prenatale mai accentuate (Previc, 1991; Gabbard & Hart, 1996).

Într-o direcție similară se situează și rezultatele studiului efectuat de Gesell și Ames în 1947 asupra *reflexului tonic al gâtului*, poziție pe care o adoptă copiii mici atunci când sunt culcați pe spate. Majoritatea copiilor își orientează gâtul spre dreapta, cu brațul și piciorul drepte întinse, în timp ce piciorul stâng este flexat. Studiul longitudinal a pus în evidență faptul că toți sugarii cu reflex de dreapta au prezentat mai târziu lateralizare dreapta sau ambidextră, în timp ce jumătate din copiii cu reflex de stânga au prezentat lateralizare motorie stânga (Annett, 2002).

*Teoria Originii posturale* a lui MacNeilage consideră că, de-a lungul evoluției, partea dreaptă a corpului a devenit „operativă” (dominantă) în cazul primatelor, pentru că utilizarea de către acestea a unui picior necesită sprijinirea corpului și posturii verticale cu ajutorul celuilalt picior. MacNeilage consideră că lateralizarea primatelor a fost în mod necesar asimetrică, deoarece, atunci când sunt urcate în copac, trebuie să prindă creanga cu o mână (susținere corporală), în timp ce apucă frunzele sau fructele și se hrănesc cu cealaltă mână, fapt ce a determinat evoluția asimetrică a mâinii, respectiv a piciorului. Astfel, deși ambele părți ale corpului pot îndeplini același rol, partea operativă a devenit cea dreaptă. (Gabbard & Hart, 1996)

*Teoria stresului la naștere*, fundamentată de Balkan, consideră că preferința pentru mâna stângă este determinată de complicațiile din timpul nașterii, una dintre ele fiind hipoxia. (Beaton, 2004). Dacă avem în vedere faptul că, statistic, nivelul absolut al preferinței pentru mâna stângă s-a situat de-a lungul secolelor între 7-10% la nivel mondial, considerăm că teoria e nerealistă, deoarece aceasta implică, indirect, faptul că 10% dintre copii născuți la nivel mondial au fost afectați de hipoxie la naștere de-a lungul timpului. Apoi teoria ridică o serie de alte întrebări: cât de ridicat trebuie să fie nivelul de stres la naștere pentru a dezvolta lateralizare stânga sau ambidextralitate? Care e mecanismul neurologic prin care lipsa oxigenării determină specializarea emisferică specifică sinistralității?

În cadrul aceluiași grup de teorii, McKeever (2000, *apud* Beaton, 2004) a arătat că o treime dintre femeile stângace au fost născute la *vârste târzii*, mamele având peste 32 de ani, lateralizarea fiind determinată de



nivelul crescut al hormonilor de stres ai mamei din timpul sarcinii, nivel asociat vârstei înaintate.

În ceea ce ne privește, din analiza teoriilor dezvoltate de-a lungul timpului, considerăm că lateralitatea poate fi explicată prin prisma unor factori genetici, la care se adaugă componențe fenotipice (de natură bio-chimică – prezența într-o cantitate mai mare sau mai mică a anumitor hormoni sau neurotransmițători, fie în timpul perioadei de gestație, fie în diferitele perioade ale specializării neuronale; sau de natură socială – presiunea socială în momentul școlarității mici, care determină activarea sau specializarea unor circuite motorii și/sau neuronale diferite).

#### 4. BIBLIOGRAFIE

- Annett, M. (2002). *Handedness and Brain Asymmetry. The Right Shift Theory*. Hove, East Sussex: Psychology press.
- Beaton, A.A (2004). The nature and Determinants of handedness. In Hugdahl, K., Davidson, J.R. *The Asymmetrical Brain*. Cambridge, Massachusetts: Bradford Book, The MIT Press.
- Berridge, C.W., Espana A.R., Stalnaker T.A., Stress and Coping: Dopamine Efferents within the Prefrontal Cortex. In Hugdahl, K., Davidson, J.R. *The Asymmetrical Brain*. Cambridge, Massachusetts: Bradford Book, The MIT Press.
- Bishop, D.V.M., Ross, V.A., Daniels, M.S., Bright, P. (1996). The Measurement of Hand Preference: a Validation Study Comparing Three Groups of Right-Handers. *British Journal of Psychology*, Vol. 86, 269-285.
- Bourassa D.C., McManus I.C., Bryden M.P. (1996). Handedness and Eye-Dominance: a Meta-Analysis of Their Relationship, *Laterality*, Vol. 1, 5-34.
- Bryden, Roy, E.A., M.P., McManus, I.C., Bulman-Fleming M.B. (1997). On the Genetics and Measurement of Human Handedness, *Laterality*, 2 (3/4), 317-336.
- Byrd, T. (2008). Left Handedness and Increased Mortality – is There a Link?, <http://healthpsych.psy.vanderbilt.edu/2008/LeftHand.htm>, accesat la 24.01.2012.
- Carey, P.D., Smith, T.D., Martin, D., Smith, G., Skriver, J., Rutland, A., Shepherd, W. J. (2008) The Bipedal Ape: Plasticity and Asymmetry in Footedness, *Cortex*, Vol. 45, 650-661.
- Choudary, J.C., O'Carroll, E. R. (2007). Left Hand Preference Is Related to Posttraumatic Stress Disorder, *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 20, No. 3, 365-369
- Clavero J.M., Estévez J.P., Alvarez G. (1993). Left-Handedness and Diabetes Mellitus of Autoimmune Origin, *Rev Med. Chil.*, 121(8), 903-907.
- Craig, A.D. (2004). Human Feelings: Why Are Some More Aware than Others?, *Trends in Cognitive Sciences*, Vol. 8 (6), 239-241.
- Craig, A.D. (2010). The Sentient Self, *Brain Struct Funct.*, 214, 563-577
- Crawford, R.J., Henry, D.J. (2004). The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Construct Validity, Measurement properties and Normative Data in a Large Non-Clinical Sample, *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 245-265.
- Crow T. J., Close J. P., Dagnall A. M., Priddle T. H. (2009). Where and what is the Right Shift Factor or Cerebral Dominance Gene? A Critique of Francks et al., *Laterality*, 14 (1), 3-10.
- Dassonville, P., Zhu, X.-H., Ugurbil, K., Kim, S.-G., Ashe, J. (1997). Functional Activation in Motor Cortex Reflects the Direction and the Degree of Handedness, *PNAS*, Vol. 94, No. 25, 14015-14018.
- Davidson, J.R., Jackson, R.J., Kalin, H.N. (2000). Emotion, Plasticity, Context and Regulation: Perspectives from Affective Neuroscience, *Psychological Bulletin*, Vol. 126, No. 6, 890-909.
- Davidson, J.R. (2003). Darwin and the Neural Bases of Emotion and Affective Style, *Annals of New York Academy of Sciences*, Vol. 1000, 316-336.
- Deutsch, D., (1980). Ear dominance and sequential interactions, *Journal of the Acoustical Society of America*, Vol. 67 (1), 220-228.
- Donaldson, G., Johnson, G. (2006). The Clinical Relevance of Hand Preference and Laterality, *Physical Therapy Review*, Vol. 11(3), 195-203(9).
- Elias, J.L., Bryden, M.P., Bulman-Fleming, M.B. (1998). Footedness Is a Better Predictor than is Handedness of Emotional Lateralization, *Neuropsychologia*, Vol. 36, No.1, 37-43.
- Francks C., Maegawa S., Laurén J., et al. (2007). LRRTM1 on Chromosome 2p12 is a Maternally Suppressed Gene that is Associated Paternally with Handedness and Schizophrenia, *Mol. Psychiatry* 12 (12), 1129-1139.
- Gabbard, C., Hart, S. (1996). A Question of Foot Dominance, *The Journal of General Psychology*, Vol. 123, No. 4, 289-296.
- Geschwind, H.D., Miller, L. B., DeCarli, C., Carmelli, D. (2001). Heritability of Lobar Brain Volumes in Twins Supports Genetic Models of Cerebral Laterality and Handedness *PNAS*, Vol. 99, No. 5, 3176-3181.
- Golu, Mihai, (2004). *Bazele psihologiei generale*, București: Editura Universitară.
- Gong G., Jiang T., Zhu C., Zang Y., He Y., Xie S., Xiao J. (2005). Side and Handedness Effects on the Cingulum from Diffusion Tensor Imaging, *Neuroreport*, 16 (15), 1701-1705.
- Gratz, L.K., Roemer, L., (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale, *Journal of Psychology and Behavioral Assessment*, Vol. 26, No. 1, 41-54.
- Grimshaw, M.G., Bryden, M.P., Finegan, K. J.-A. (1995) Relations Between Prenatal Testosterone and Cerebral lateralization in Children, *Neuropsychology*, Vol. 9(1), 68-79.
- Hagan, Monica; (2009). Sinister origins: The Potential Roots of Left-Handedness, [http://www.transy.edu/hollesian\\_society/journal2009.htm](http://www.transy.edu/hollesian_society/journal2009.htm), accesat la 24.01.2012.
- Hermans, M.P., Ahn, S.A., Selvais, P.L., Rousseau M.F. (2009). Handedness. Insulin Sensitivity and Pancreatic B-cell Function in Type 2 Diabetes. *Diabet Med.*, 26 (12), 1289-1292.
- Hofmann, G.S., Kashdan, B.T. (2010). The Affective Style Questionnaire: Development and Psychometric



- Properties. *Journal of Pshychopathology and Behavioral Assesment*, 32, 255-263.
- Kober, H., Feldman Barrett, L., Joseph, J., Bliss-Moreau, L., Lindquist, K., Wager, T., D. (2009). Functional Grouping and Costical-subcortical Interactions in Emotion: A Meta-analysis of Neuroimaging Studies, *Neuroimage*, 42(2), 998-1031.
- Marshall, L.H., Magoun, W.H. (1998). *Discoveries in Human Brain, Neuroscience Prehistory, Brain Structure and Function*, Totowa, New Jersey: Humana Press Inc.
- McManus, I.C., Bryden, M.P., Geschwind (1991). Theory of Cerebral Lateralization: Developing a Formal, Causal Model, *Psychological Bulletin*, Vol. 110, No. 2, 237-253.
- McManus, I.C. (1999). Handedness, Cerebral Lateralization and the Evolution of Language, in *The Descent of Mind: Pshychological Perspectives on Hominid Evolution*, 194-217, Oxford: Oxford University Press.
- Ochsner K.N., Gross J.J., (2005). Putting the 'I' and the 'Me' in Emotion Regulation: Reply to Northoff, *Trends in Cognitive Sciences*, 9, 409-410.
- Oldfield, R.C. (1971). The Assesment and Analysis of Handedness: The Edinburgh Inventory, *Neuropsychologia*, Vol. 9, 97-113.
- Previc, H. F. (1991). A General Theory Concerning Prenatal Origins of Cerebral Lateralization in Humans, *Pshychological Review*, Vol. 96, No.3, 299-334.
- Reid, C. S., Serrien, D.J (2012). Handedness and the Excitability of Cortical Inhibitory Circuits, *Behavioural Brain Research*, 230 (1), 144-148.
- Roth, Melissa (2005). *The Left Stuff: how the left-handed have survived and thrived*. Maryland: The Rowman & Littlefield Publishing Group Inc.
- Searleman, A., Fugagli K.A., (1987). Suspected Autoimmune Disorders and Left-Handedness: Evidence from Individuals with Diabetes, Crohn's Disease and Ulcerative Colitis, *Neuropsychologia*, 25(2), 367-74.
- Siebner, R.H., Limmer, C., Peinemann A., Drzezga A., Bloem R. B., Schwaiger M., Conrad B. (2002). *The Journal of Neuroscience*, 22(7), 2816-2825.
- Sokal, H.B., Allen, J.B.J. (2008). The Reliability and Validity of Self-Reported Footedness, [www.psychofizz.org](http://www.psychofizz.org), accesat la 24.01.2012.
- Spivak, B., Segal, M., Mester, R., Weizman, A., (1998). Lateral Preference in Post-Traumatic Stress Disorder, *Psychol Med.*, Vol. 28, No. 1, 229-232.
- Szabo, C.A, Xiong, J., Kancaster, L.J., Rainey, L., Fox, P., (2001). Amygdalar and Hippocampal Volumetry in Control Participants: Differences Regarding Handedness, *American Journal of Neuroradiology*, Vol.22, No.1, 1342-1345.
- Torro Alves, N., Fukusima, S.S., Aznar-Casanova, J.A. (2008). Models of Brain Asymmetry in Emotional Processig, *Psychology & Neuroscience*, Vol. 1, No.1, 63-66.
- Watson, D., Clark, L.A., Tellegan, A. (1988). Development and Validation on Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales, *Journal of Personality and Social Psychology*, 54 (6), 1063-1070.
- Wagner T.D., Phan L.K., Liberzon, I., Taylor S.F. (2003). Valence, Gender and Lateralization of Functional Brain Anatomy in Emotion: a Meta-Analysis of Findings from Neuroimaging. *NeuroImage*, Vol. 19, 513-531.
- Willis, M.W., Ketter T.A., Kimbrel, T.A., George, M.S., Herscovitvch, P., Danielson, A.L., Benson B.E., Post, R.M. (2002) Age, Sex and Laterality Effects on Cerebral Glucose Methabolism in Healthy Adults, *Psychiatry Research Neuroimaging*, 114, 23-37.
- Wright, L., Hardie, M.S. (2011). Are Left-Handers Really More Anxious?, *Laterality: Asymmetries of Body, Brain and Cognition*, 1-14.
- Yeo, A.R., Gangestad, W.S. (1993). Developmental Origins of Variation in Human Hand Preference, *Genetica*, Vol. 89, 281-296.



## INCIDENTELE TRAUMATICE „PERSONA SUB TREN”: CONSECINTE PSIHOLOGICE PENTRU PERSONALUL DE PE LOCOMOTIVA

CORINA DOROGA<sup>1</sup>, ROXANA ALDEA-CAPOTESCU<sup>2</sup>, ADRIANA BABAN<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Spitalul Clinic CF Cluj-Napoca, cdoroga@yahoo.com

<sup>2</sup>Centrul de studii organizaționale avansate, capotescu\_roxana@yahoo.com

<sup>3</sup>Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației, Universitatea „Babes-Bolyai”, adriana.baban@psychology.ro

**ABSTRACT:** Research has proven that facing adversity elicits both negative and positive changes in the individual. The main objective of this study was to investigate both types of consequences that train drivers involved in „person under train” incidents retrospectively experience. Participants were 129 train drivers who completed a PTSD symptom scale, The Posttraumatic Growth Scale, The Bi-directional Changes in Being Scale.

Results revealed that both positive and negative changes are prevalent in this population and they are significantly associated with higher levels of posttraumatic stress symptoms and growth. Discussion focuses on the clinical relevance of changes following trauma and the importance of broadening the spectrum of potential reactions to adversity.

**Key words:** train drivers, person under train incidents, trauma, adaptation process, posttraumatic stress symptoms, posttraumatic growth.

### 1. INTRODUCERE

Mecanicii de locomotivă reprezintă o categorie profesională cu risc crescut de expunere la traumă la locul de muncă, datorită confruntării cu accidente „persoană sub tren” (McFarlane & Bryant, 2007). Aceste incidente implică moartea sau rănirea severă a unor persoane, care se aruncă intenționat (sinucideri) sau apar accidental (coliziuni cu mașini pe trecerile la nivel) în fața locomotivei aflate în mișcare (Theorell, Leyman, Jodko, Konarski, Norbeck & Eneroth, 1994). Impactul negativ pe care aceste incidente îl au asupra mecanicilor a suscitat interesul a numeroși cercetători, fiind frecvent raportat în studii din diferite părți ale lumii: Europa (Cothureau, Beaupaire, Payan, et al., 2004, Farmer, Tranah, O'Donnell & Catalan, 1992, Vatselle & Moen, 1997; Lunt & Hartley, 2004, etc.) Statele Unite ale Americii (Rombom, 2005), Australia (Davey, Wallace, Stenson & Freeman, 2008), Asia (Yum, Roh, Ryu et al., 2006).

Potențialul traumatic al acestor incidente rezidă în faptul că mecanicul se poate simți responsabil de moartea, sau rănirea severă a victimelor accidentelor, pentru că ei sunt agenții ce conduc locomotiva, chiar dacă este imposibilă oprirea trenului și evitarea impactului (Cothureau et al., 2004).

Studiile evidențiază asocierea între experiențele repetate ale incidentelor PST și distresul psihologic raportat de mecanicii de locomotivă implicați (Lunt & Hartley, 2004). Simptome frecvent asociate cu acest tip de incidente sunt reexperiențierea traumei sub forma gândurilor și imaginilor intruzive și starea fiziologică de alertă continuă, în timpul turelor de servicii (Vatselle & Moen, 1997). Chiar dacă procente de prevalență privind simptomele specifice tulburării de stres posttraumatic (PTSD) nu sunt foarte ridicate, raportarea permanentă a distresului traumatic în urma incidentelor PST, susține încadrarea acestor experiențe în categoria incidentelor traumatice la locul de muncă. În acest context, este susținută necesitatea evaluării consecințelor psihologice pentru mecanicii de locomotivă implicați în incidente PST.

### 2. ASPECTE TEORETICE

#### 2.1. Consecințe psihologice ale traumei

Practica actuală în domeniul psihotraumatologiei recomandă ca reacțiile persoanelor în urma confruntării cu un eveniment traumatic, să fie văzute de-a lungul unui continuum al adaptării (Joseph, Williams & Yule, 1997). Reacții patologice, precum tulburarea de stres acut (ASD) sau stresul posttraumatic (PTSD) reprezintă disfuncții care se instalează numai atunci când capacitatea persoanei de a face față situației este depășită. Astfel, în urma unei traume, numai o parte dintre persoanele afectate vor experiența simptome marcate de distres psihologic, iar persistența acestor simptome va face plauzibilă diagnosticarea cu PTSD. Cercetările empirice susțin faptul că majoritatea persoanelor reușesc să se recupereze destul de repede după evenimentul traumatic (Bonanno, Brewin, Kaniasty & La Greca, 2010). Mai mult, sunt persoane care raportează schimbări pozitive în urma confruntărilor traumatice, fiind raportate dezvoltarea personală și o funcționare superioară față de nivelele anterioare traumei (Tedeschi & Calhoun, 2004; Joseph & Linley, 2005). Pentru aceste persoane, necesitatea de a face față traumei are o funcție transformativă, facilitând dezvoltarea posttraumatică în cel puțin una din mai multe direcții. Pot fi raportate schimbări ale priorităților în viață și în modul în care sunt apreciate viața, relațiile cu ceilalți. Alteori sunt raportate deschiderea unor noi posibilități de dezvoltare personală sau indivizii descoperă despre ei înșiși că sunt mai puternici decât credeau. Schimbările pozitive în urma experienței unui eveniment traumatic sunt cunoscute în literatură ca dezvoltare posttraumatică (PTG, Tedeschi & Calhoun, 1996) și implică o schimbare definitorie de perspectivă în ceea ce privește modul în care oamenii se văd pe ei înșiși și interacțiunile cu ceilalți. Autorii care au dezvoltat conceptul, definesc dezvoltarea posttraumatică ca *experiența schimbărilor de natură pozitivă în urma confruntării cu situații de criză extrem de solicitante* (Tedeschi & Calhoun, 2004).



Dezvoltarea posttraumatică apare sub mai multe forme. Poate fi percepută atât ca un rezultat, o consecință a luptei cu trauma, cât și ca proces de reglare, un mecanism de coping care implică procesarea confruntării traumatice într-un mod pozitiv, prin procesarea deliberată a celor întâmplate și căutarea activă de sens și semnificație. Unele studii susțin natura obiectivă a dezvoltării raportate de persoanele traumatizate, în timp ce altele evidențiază că este de fapt vorba despre o iluzie menită să-i ajute pe cei implicați în traumă să se adapteze situației.

Relația dintre dezvoltarea posttraumatică și sănătatea mentală este controversată, existând cel puțin două modalități de a prezenta această relație, cu implicații teoretice și empirice contradictorii. Astfel, dezvoltarea și distresul în urma traumei sunt deseori interpretate ca două constructe bipolare, care reflectă o singură dimensiune, aflându-se într-o relație de asociere negativă (Park & Fenster, 2004; Carver & Antoni, 2004). Sunt însă studii care arată că dezvoltarea și distresul posttraumatic nu reprezintă constructe exclusive, un nivel crescut al distresului psihologic în urma traumei fiind necesar pentru a determina procesările cognitive necesare dezvoltării posttraumatice. De exemplu, Tomich & Helgeson, (2004) și Butler, Blasey, Garlan, et al. (2005) furnizează dovezi empirice că dezvoltarea după traumă este asociată cu un nivel marcant al distresului și cu o calitate scăzută a vieții persoanelor traumatizate. Alte studii raportează că între cele două constructe nu există o relație semnificativă (Cordova, Cunningham, Carlson & Andrykowski, 2001; Grubaugh & Resick, 2007).

O posibilă explicație a acestor date contradictorii este că cele două constructe nu sunt asociate într-un mod liniar (Lechner, Antoni & Carver, 2006; Kleim & Ehlers, 2009; Nuttman-Shwartz, Dekel & Tuval-Mashiach, 2010). Studiile pe diferite tipuri de populație susțin că, în primele etape după traumă, PTSD și PTG coexistă, apoi, pe măsură ce timpul trece, relația își pierde din intensitate. În final, cele două devin constructe invers asociate, atunci când persoanele dezvoltă o perspectivă coerentă asupra celor întâmplate. Datele empirice susțin modelul cu trei etape ale procesării traumei elaborat de Joseph & Linley (2005). În concordanță cu acesta, în primele săptămâni după traumă, persoanele încearcă să își înțeleagă experiența și implicațiile celor întâmplate. Aceștia construiesc atât explicații pozitive cât și negative ale situației și experiențiază frecvent atât simptomele specifice tulburării de stress posttraumatic cât și schimbări pozitive, raportând lecții învățate din experiența avută. Procesarea ulterioară a evenimentului conduce la înțelegerea mai profundă a acestuia, acomodarea sa în structurile cognitive anterioare ale persoanei. În timp, perspectiva asupra celor întâmplate devine mai clară, mai structurată, fie într-un mod pozitiv, fie într-unul negativ. Este necesar ca studiile care evaluează relația celor două constructe să ia în considerare influența variabilelor contextuale, cum ar fi cadrul temporal și momentul din procesul de adaptare posttraumatică, în care cele două constructe sunt evaluate.

Explorarea schimbărilor pozitive raportate posttraumatic este necesară datorită avantajelor pe care le prezintă

pentru facilitarea procesului de recuperare și adaptare în urma experienței traumatice. Prezența modificărilor pozitive raportate în privința reglării emoționale, comportamentale și interpersonale, nu poate fi ignorată, indiferent de tipul de traumă supusă investigării. De asemenea, este necesară investigarea diferitelor moduri în care distresul traumatic se asociază cu schimbările pozitive raportate.

## 2.2 Instrumente de evaluare a schimbărilor psihologice asociate traumei

Au fost dezvoltate și testate instrumente de măsură adecvate din punct de vedere psihometric, pentru a evalua reacțiile bi-direcționale la traumă. Există două chestionare care evaluează simultan atât consecințele negative, cât și cele pozitive pe care trauma le poate determina. Chestionarul Modificării Perspectivei (The Changes in Outlook Questionnaire) a fost dezvoltat de Joseph, Williams & Yule (1993), fiind util când sunt evaluate schimbările în optica asupra vieții pe care supraviețuitorii unei traume le raportează. Totuși, scala vizează exclusiv nivelul cognitiv al schimbărilor posttraumatice (Hiskey, Troop & Joseph, 2006).

Luând în considerare necesitatea evaluării unui spectru mai larg al schimbărilor ulterioare traumei, Hiskey, Troop & Joseph (2006), au construit Scala Bidirecțională a Schimbărilor (Bidirectional Changes in Being Scale-B-CIBS).

Scala oferă o abordare holistică în evaluarea schimbărilor posttraumatice. Instrumentul permite evaluarea simultană a schimbărilor pozitive și negative, în patru domenii ale funcționării generale: fiziologic, social, personal și existențial, conținând itemi ce evaluează modificarea emoțiilor, cognițiilor, a reacțiilor fiziologice și comportamentale în urma traumei.

## 2.3. Obiective și ipoteze:

Studiile de specialitate au confirmat că implicarea în incidentele PST reprezintă un stresor de intensitate traumatică, relevant pentru personalul de pe locomotivă. Modificările pe care această traumă specifică și deseori repetată, le produce, se răsfrâng atât în plan personal, cât și profesional (Lunt & Hartley, 2004; Yum et al., 2006). Deși implicarea în incidentele PST este asociată cu schimbările specifice traumei, nu sunt studii care să evalueze atât consecințele negative cât și cele pozitive asociate cu aceste experiențe.

Obiectivul general al studiului este de a explora schimbările, atât negative cât și pozitive, în urma expunerii repetate la incidente PST, pentru mecanicii de locomotivă. Obiectivele specifice ale cercetării sunt explorarea caracterului pozitiv versus negativ al schimbărilor percepute de mecanici ca urmare a implicării în incidentele PST; investigarea relației dintre schimbările asociate cu incidentele PST, simptomele PTSD și dezvoltarea posttraumatică (PTG) pe care mecanicii de locomotivă le raportează ca urmare a expunerii la aceste incidente.

Ipotezele pe care le propunem sunt:

În urma implicării în incidentele PST, mecanicii de locomotivă vor raporta atât schimbări negative cât și pozitive, în modul de funcționare generală. Ne așteptăm ca schimbările negative să fie mai pronunțate față de cele pozitive.



Schimbările negative reliefate vor corela cu simptomele specifice PTSD în cazul mecanicilor expuși la incidente PST.

Schimbările negative reliefate vor corela cu nivele crescute ale dezvoltării postraumatice, raportate de mecanici în urma implicării în incidentele PST.

### 3. METODOLOGIA CERCETĂRII

#### 3.1. Participanți

129 de mecanici de locomotivă care au raportat implicarea directă în cel puțin un incident PST în ultimii cinci ani au fost incluși în studiu. Toți participanții sunt de sex masculin, iar vârsta medie a acestora este de 35 de ani ( $SD = 4,8$ ). Vechimea medie în funcția exercitată, cea de mecanic, a fost de 11 de ani ( $SD = 3,1$ ).

#### 3.2. Instrumente

(1). **Scala revizuită a impactului evenimentelor (IES-R, Weiss & Marmar, 1997).** Această scală reprezintă unul dintre cele mai frecvent utilizate măsuri pentru a evalua impactul traumatic al unor evenimente specifice. Instrumentul are trei subscale specifice, care corespund celor trei categorii de simptome definitorii pentru PTSD: reexperiențierea evenimentelor traumatice (7 itemi), evitarea (7 itemi), starea de alertă fiziologică (6 itemi). Fiecare item are asociată o scală de răspuns de tip Likert cu 5 puncte (0-4). Cei 22 de itemi permit evaluarea globală a severității simptomelor, prin calcularea unui scor total, cât și evaluarea diferențiată a categoriilor de simptome specifice. În privința capacității diagnostice a instrumentului, Creamer, Bell & Failla (2003) au calculat un prag optimal de 33, care a furnizat cea mai adecvată putere de discriminare între pacienții cu PTSD și cei cu PTSD de nivel subclinic. Consistența internă a IES-R pentru eșantionul prezent a fost adecvată ( $\alpha = 0,89$ ).

(2). **Inventarul dezvoltării postraumatice (PTGI; Tedeschi & Calhoun, 1996),** a fost utilizat pentru evaluarea creșterii postraumatice în cinci domenii distincte: relațiile cu ceilalți (7 itemi, de exemplu: „Am învățat cât de minunați sunt oamenii.”); noi posibilități (5 itemi, „Am dat o nouă direcție vieții mele.”); puterea personală (4 itemi, „Am descoperit că sunt mai puternic decât credeam că sunt.”); îmbogățirea spirituală (2 itemi, „Mi-am întărit credința religioasă”) și aprecierea vieții (3 itemi „Îmi consider viața mult mai valoroasă”). Răspunsurile sunt evaluate pe o scală Likert cu 6 puncte, în care 0 semnifică „Nu am experiențiat deloc această schimbare în urma experienței incidentelor PST”, iar 5 semnifică „Am experiențiat schimbarea aceasta foarte puternic ca urmare a implicării în incidentele PST”. Scala permite calcularea unui index total al schimbărilor, prin adunarea rezultatelor celor cinci factori specifici. Coeficientul Alpha Crombach pentru scala globală în eșantionul prezent a fost de 0,77, demonstrând o consistență internă adecvată, atât pentru scala globală, cât și pentru subscale ( $\alpha = 0,74 - 0,88$ ).

(3). **Scala schimbărilor bi-direcționale (B-CIBS; Hiskey, Troop & Joseph, 2006)** a fost utilizată pentru a identifica caracterul negativ sau pozitiv al schimbărilor raportate ca și consecință a implicării în incidentele PST, în patru domenii specifice: fiziologic, social, personal și existențial, ale funcționării psihologice. Itemii chestionarului sunt construiți ca scale diferențiale

semantice, cu 10 puncte pentru fiecare schimbare, evaluată bipolar (de exemplu „Am devenit mai furios/mai puțin furios”, „Îmi exprim emoțiile mai des/mai rar”). Scorurile din mijloc indică astfel o amplitudine mai scăzută a schimbărilor raportate, sau absența acestora, în timp ce, pe măsură ce te apropii de unul din punctele-ancoră, schimbarea capătă un caracter marcant, fie pozitiv (1), fie negativ (10). Scorurile se bazează pe suma medie a răspunsurilor, scala permițând calcularea unui scor global al schimbării negative, prin includerea tuturor celor 20 de itemi, sau calcularea schimbărilor la cele patru nivele identificate ca și componente distincte ale scalei: schimbări fiziologice (5 itemi), modificarea la nivel personal (5 itemi), modificarea la nivel social (5 itemi) și schimbări existențiale (5 itemi). În eșantionul inclus în studiu, am obținut o valoare adecvată a coeficientului Alpha Crombach, atât pentru scala globală (0,80), cât și pentru cele patru subscale ( $\alpha = 0,78 - 0,93$ ).

(4). **Chestionarul demografic** cu datele de identificare pentru fiecare participant, vârsta, vechimea profesională, numărul incidentelor PST avute, caracteristici ale acestora: recență, frecvență, severitate, etc.

#### 3.3. Procedură

Completarea chestionarelor a fost realizată în grupe de câte 10, 20 de mecanici de locomotivă, în timpul ședințelor lunare de școală a personalului. Pentru a asigura obiectivitate în raportarea rezultatelor, completarea chestionarelor s-a făcut pe bază de voluntariat și în condiții de anonim. În fiecare grup, aplicarea chestionarelor și explicațiile aferente a durat în medie 45 de minute.

Pentru analiza datelor am utilizat programul statistic SPSS. Pe lângă calcularea consistenței interne a scalelor și subscalelor utilizate, am evaluat distribuția datelor obținute, utilizând testul Kolmogorov-Smirnov. Distribuția simetrică a datelor obținute a recomandat utilizarea metodelor parametrice de analiză pentru verificarea ipotezelor cercetării. Semnificația statistică a fost stabilită la pragul de  $p < 0,05$ .

Variabilele demografice, vârsta și recența incidentelor PST nu au fost semnificativ asociate cu schimbările postraumatice raportate, fiind excluse din analizele ulterioare.

### 4. REZULTATE

#### 4.1. Evaluarea consecințelor psihologice ale incidentelor PST raportate de mecanici

Deși frecvența incidentelor PST în eșantionul investigat este destul de mare, rezultatele obținute susțin o prevalență redusă a simptomelor de PTSD. Numai 12,41% (16 dintre cei 129 de mecanici) au raportat un nivel semnificativ al simptomelor de PTSD, obținând un scor peste valoarea prag stabilită pentru IES-R.

În corespondență cu cercetările din literatură privind efectele traumei, mecanicii de locomotivă au raportat dezvoltarea postraumatică în urma expunerii la incidentele PST. În studiul actual, rezultatele au fost asociate negativ semnificativ cu simptomele de PTSD raportate ( $r = -0,44^{**}$ ;  $p < 0,01$ ). Este necesară interpretarea cu precauție a acestui rezultat. În primul rând, pentru că a existat un interval de timp inegal între



confruntările traumatice raportate și evaluarea acestor schimbări, ceea ce face imposibilă stabilirea unui context temporal al procesului de adaptare posttraumatic care să se aplice tuturor mecanicilor implicați în cercetare. În al doilea rând, răspunsurile ar putea fi alterate datorită evaluării subiective a simptomelor, în mediul de muncă al participanților la studiu. Teama de a nu fi considerat vulnerabil, de a fi evaluat prin prisma capacității de a performa adecvat la locul de muncă poate să fi diminuat nivelul de stres traumatic raportat de mecanici, chiar și în condițiile de anonim. Este necesară așadar replicarea acestor rezultate în alte eșantioane pentru a putea avea mai multă încredere în rezultatele obținute. Totuși, este important să subliniem faptul că, pe baza rezultatelor obținute, mecanicii de locomotivă raportează fenomenul dezvoltării posttraumatice, ca urmare a expunerii la incidentele PST, confirmând așadar un proces de adaptare la traumă. Rezultatele obținute confirmă ipoteza privind schimbările asociate cu aceste incidente traumatice pentru mecanicii de locomotivă. Consecințele psihologice ale traumei implică atât modificări negative, cât și pozitive, în diferite domenii ale funcționării generale. Mecanicii raportează modificări semnificative ale orientării anterioare la nivel fiziologic, social, personal și existențial. Conform autorilor instrumentului de evaluare utilizat (Hiskey, Troop & Joseph, 2006), schimbările în orientarea fiziologică includ dificultăți de ordin fizic, sau fiziologic specifice unui stres pronunțat, cum sunt mușchii tensionați sau problemele de somn. Schimbările sociale implică diferențe în modul de relaționare al individului și de asemenea în modul în care acesta își exprimă emoțiile și gândurile. Modificarea la nivel personal este asociată cu nivelul de încredere pe care persoana îl are în propriile puteri, dacă se simte capabil, pregătit pentru provocări, în urma supraviețuirii traumei. Modificarea orientării existențiale se referă la nivelul perceput de serenitate, de împăcare cu situația și modul cum se reflectă comportamentul această stare (de exemplu, dacă persoana este iritabilă, se supără mai ușor ca înainte, devine furioasă, sau dimpotrivă, aceasta a dobândit o atitudine calmă, serenă, în urma supraviețuirii traumei).

Schimbările de natură pozitivă și negativă care au fost cel mai frecvent raportate de mecanicii de locomotivă, sunt evidențiate în Tabelul 1, în funcție de cele patru nivele ale subscalei B-CIBS.

Un fapt interesant, care a contrazis așteptările noastre, în eșantionul actual, a fost raportarea preponderentă a schimbărilor de natură pozitivă față de schimbările negative percepute.

*Tabel 1. Cele mai frecvent raportate schimbări din cele patru nivele investigate cu B-CIBS*

Schimbări pozitive	Nivele ale schimbărilor	Schimbări negative
„Am mai multă energie ca înainte.”	Fiziologic	„Am dificultăți în ceea ce privește somnul”
„Mă simt mai capabil”	Personal	„Mental, mă simt mai puțin pregătit.”
„Apreciez mai mult persoanele din jurul meu.”	Social	„Acum, îmi exprim mai rar emoțiile.”
„Am devenit mai	Existențial	„Gândurile mele sunt

*agreabil.”*

*mai violente ca înainte”*

În urma recodării variabilelor, pentru a obține două seturi de date independente pentru schimbările negative și pozitive, am putut evalua semnificația diferențelor dintre cele două seturi de schimbări raportate, cu ajutorul testului Student, pentru eșantioane perechi. Diferențele între mediile schimbărilor pozitive versus negative pe cele patru nivele ale funcționării psihologice și scorurile globale sunt prezentate în Tabelul 2. Rezultatele obținute ne-au confirmat observațiile inițiale. Media schimbărilor pozitive este semnificativ mai mare ca cea a schimbărilor negative pentru toate nivelele cuprinse în investigație.

Dat fiind că acesta este primul studiu care investighează atât efectele negative cât și cele pozitive ale incidentelor PST asupra mecanicilor de locomotivă, aceste rezultate surprinzătoare necesită o replicare. O explicație posibilă a acestor date este ca ele să fie influențate de contextul cercetării, mecanicii fiind constrânși să raporteze schimbări negative reduse, pentru a-și proteja imaginea privind capacitatea de a avea o performa adecvat la locul de muncă. O altă explicație plauzibilă este aceea că perceperea incidentelor PST ca risc specific asociat locului de muncă să ofere perspectivă mecanicilor. Acceptarea acestor experiențe extreme ca parte a rolului ocupațional, îi poate ajuta pe mecanici să-și canalizeze eforturile de adaptare spre identificarea unor modalități pozitive de a asimila și a găsi semnificație pentru accidentele suferite, în aceeași manieră în care pompierii, poliștii, medicii dobândesc în timp o toleranță crescută față de situațiile extreme cu care se confruntă la locul de muncă.

*Tabel 2 Diferențe între schimbările pozitive și negative raportate la diferite nivele ale funcționării*

B-cibs nivele	Schimbări pozitive	Schimbări negative	t	p
Schimbare nivel fiziologic	la M 9.58 St.dev.5,06	M 1,77 St. dev. 3.20	12,72	0,00
Schimbare nivel personal	la M 9.72 St.dev.5,00	M 4,14 St. dev. 3.12	10,73	0,00
Schimbare nivel social	la M 12.13 St.dev.5,42	M 0,96 St. dev. 2,08	20,23	0,00
Schimbare nivel existential	la M 10.00 St.dev.5,80	M 2,04 St. dev. 3,58	11,16	0,00
Schimbare nivel global	la M 41.44 St.dev.16.01	M 7,54 St. dev. 9.42	18,15	0,00

Evaluarea schimbărilor atât negative, cât și pozitive asociate cu trauma datorată incidentelor PST dobândește relevanță clinică în asociere cu dezvoltarea reacțiilor psihopatologice la traumă, mai ales a simptomelor specifice PTSD. De aceea, este relevantă evidențierea relațiilor dintre schimbările raportate de mecanici și simptomele specifice PTSD. De asemenea, este important să evidențiem care sunt relațiile dintre aceste schimbări și dezvoltarea posttraumatică, pentru a putea avea o imagine comprehensivă asupra procesului de adaptare în cazul confruntării cu incidentele PST.



#### 4.2. Evaluarea relației dintre schimbările asociate cu experiența traumatică a incidentelor PST și simptomele de PTSD raportate de mecanici.

Schimbările asociate cu experiența incidentelor PST au evidențiat relații puternice, semnificative cu ambele tipuri de reacții psihologice specificate în literatura de specialitate ca și consecințe ale traumei : PTSD și PTG.

##### 4.2.1. Schimbări postraumatice și simptomele tulburării de stres postraumatic

Tabelul 3 sintetizează datele privind relațiile de asociere între schimbările raportate de mecanicii expuși la incidente PST și simptomele specifice tulburării de stres postraumatic. Modificările raportate la orice nivel al

Tabel 3 Coeficienți de corelație între schimbările raportate și simptomele specifice PTSD (N=129)

Coef. Pearson	corel.	Schimbare fiziologică	Schimbare socială	Schimbare existențială	Schimbare personală	Schimbare globală	M	St.d.
N= 129								
PTSD		0,52**	0,39**	0,38**	0,29**	0,57**	15,61	9,89
Simptome intruzive		0,41**	0,29**	0,36**	0,20*	0,46**	4,65	3,55
Evitare		0,45**	0,36**	0,35**	0,28**	0,52**	7,03	3,01
Stare de hipervigilență		0,52**	0,38**	0,27**	0,27**	0,52**	3,49	4,60
M		15,12	15,48	16,15	15,00	62,73		
St.d.		8,96	7,62	8,66	8,53	24,47		

\*\* Corelația este semnificativă la nivel 0,01

\* Corelația este semnificativă la nivel 0,05

##### 4.2.2. Schimbări postraumatice și dezvoltare postraumatică

După cum se poate observa în Tabelul 4, apare o relație de asociere negativă, semnificativă între ariile în care sunt raportate schimbări negative pronunțate și factorii dezvoltării postraumatice.

Este interesantă tendința datelor. Toate corelațiile obținute între schimbările raportate și dezvoltarea postraumatică sunt negative. Astfel, schimbările negative mai pronunțate în domenii specifice, sunt asociate cu un grad mai crescut al dezvoltării postraumatice raportate.

Tabel 4 Coeficienți de corelație între schimbările postraumatice și dezvoltarea postraumatică

Coef. Pearson	corel. (N= 129)	Schimbare fiziologică	Schimbare socială	Schimbare existențială	Schimbare personală	Schimbare globală	M	St.d.
PTGI		-0,37**	-0,38**	-0,65**	-0,23**	-0,64**	27,20	9,25
Apresiasi relațiilor		-0,26**	-0,35**	-0,60**	-0,06	-0,46**	9,03	4,09
Noi oportunități		-0,24**	-0,31**	-0,19*	-0,15	-0,32**	2,50	1,81
Putere personală		-0,29**	-0,17*	-0,54**	-0,21*	-0,44**	4,27	1,68
Îmbogățire spirituală		-0,24**	-0,17*	-0,64**	-0,22*	-0,47**	4,05	2,00
Apresiasi vieții		-0,28**	-0,27*	-0,68**	-0,24**	-0,54**	7,33	3,26
M		15,12	15,48	16,15	15,00	62,73		
St.d.		8,96	7,62	8,66	8,53	24,47		

\*\* Corelația este semnificativă la nivel 0,01

\* Corelația este semnificativă la nivel 0,05

## 5. CONCLUZII

Datorită expunerii frecvente la incidente traumatiche pe calea ferată, mecanicii de locomotivă sunt predispuși să dezvolte reacții acute de stres. Cronicizarea acestor simptome le poate afecta semnificativ performanța în muncă și calitatea vieții. Studiul prezent susține că, în concordanță cu recomandările actuale privind cercetarea

funcționării psihologice sunt asociate pozitiv, semnificativ cu prezența simptomelor de PTSD. Mecanicii care raportează schimbări negative pronunțate în urma acestor incidente, raportează de asemenea mai multe simptome specifice PTSD.

Am investigat ulterior corelațiile între schimbările raportate și cele trei categorii specifice pentru tulburarea de stres postraumatic. Am identificat cea mai puternică asociere între schimbările de natură fiziologică și simptomele privind starea de alertă fiziologică ( $r=0,52^{**}$ ,  $p<0,01$ ). Relația dintre cele două nu este surprinzătoare dat fiind conținutul similar al itemilor celor două subscale.

Majoritatea coeficienților au valori moderate, numai câteva dintre corelații sunt reprezentate la nivel semnificativ. Cele mai puternice relații identificate în eșantion sunt cele dintre schimbările existențiale și toate scalele PTGI, în special, aprecierea vieții ( $r=-0,68^{**}$ ,  $p<0,01$ ) și îmbogățirea spirituală ( $r=-0,64^{**}$ ,  $p<0,01$ ). Ne putem aștepta așadar, ca persoanele care raportează schimbări negative la nivel existențial, să raporteze și un nivel mai scăzut de dezvoltare postraumatică, în special în ceea ce privește îmbogățirea spirituală și aprecierea vieții.

în domeniul psihotraumatologiei (Tedeschi & Calhoun, 2004; Joseph & Linley, 2005) este relevantă și investigarea schimbărilor pozitive asociate cu experiențele traumatiche la locul de muncă. Rezultatele obținute arată că mecanicii de locomotivă implicați în accidente PST, raportează atât modificări pozitive cât și negative, ulterioare acestor experiențe



traumatice. În plus, aceste schimbări sunt semnificativ asociate cu reacții postraumatice specifice, ca simptomele de stres postraumatic, dar și fenomenul dezvoltării postraumatice. Expunerea frecventă și repetitivă a mecanicilor de locomotivă la evenimentele traumatice PST are așadar consecințe importante, care afectează sănătatea și calitatea vieții acestor profesioniști, în plan fiziologic, social, personal, existențial.

Faptul că mecanicii de locomotivă raportează predominant schimbări pozitive, în urma evenimentelor PST, trebuie interpretat cu precauție, necesitând investigații suplimentare. Noi studii ar trebui să ia în considerare alți factori relevanți care influențează reacțiile traumatice, cum ar fi variabilele contextuale: severitatea traumei, recența acesteia, frecvența expunerii la incidente PST, cât și variabile de ordin personal, diferențe interindividuale cu rol determinant în procesul de adaptare postraumatic.

Recunoașterea schimbărilor benefice în urma adaptării la traumă oferă o imagine mai cuprinzătoare a confruntării cu evenimentele adverse, având implicații în ceea ce privește tratamentul tulburărilor cauzate de acestea. Dacă schimbările pozitive în toate cele patru domenii de funcționare psihologică investigate se asociază cu scăderea numărului de simptome specifice PTSD raportate, este recomandabilă recunoașterea și facilitarea acestora, în cadrul planurilor de tratament pentru simptomele postraumatice, în încercarea de a ușura procesul de adaptare ulterior traumei (Hiskey, Troop & Joseph, 2006).

Din punct de vedere teoretic, rezultatele arată că este necesară considerarea reacțiilor la evenimente traumatice, cum ar fi incidentele PST, dincolo de disfuncție și suferință. Deși toți mecanicii de locomotivă sunt expuși la riscul accidentelor PST, prevalența PTSD în această populație este redusă. Acest rezultat nu contrazice datele evidențiate de studiile din alte țări, în general prevalența simptomelor PTSD raportată în urma incidentelor PST este redusă (Lunt & Hartley, 2004). În loc de a evalua numai simptomele specifice și formele de psihopatologie postraumatică, este benefică evaluarea simultană a modificărilor pe care aceste accidente le determină la nivel subiectiv, pentru toți mecanicii de locomotivă, pentru a facilita eforturile adecvate de adaptare și a optimiza procesul de reajustare.

Din punct de vedere practic, rezultatele sugerează nevoia de a investiga cu atenție și abordarea reacțiilor postraumatice la incidente PST pentru mecanicii de tren. Informații despre schimbările pozitive și facilitarea dezvoltării postraumatice, după întâlnirea traumatică, pot fi folosite pentru a consolida programele de conștientizare a traumei, strategiile de prevenție specifice și alte strategii de tratament pentru mecanicii de tren. Este necesară dezvoltarea metodelor celor mai eficiente pentru screening și evaluarea riscului de apariție a simptomelor PTSD și a altor modificări asociate. Chestionarul modificărilor bi-direcționale în urma traumei este un instrument util, datorită relațiilor semnificative identificate între schimbările specifice raportate și simptomele specifice PTSD, respectiv PTG. Avantajele utilizării sale în screening pentru potențiale

simptome și dificultăți în adaptarea la traumă, constau în faptul că evaluează simultan atât modificările pozitive, cât și cele negative asociate cu evenimentul traumatic, economisind timp, fiind ușor de înțeles, de completat, de cotate și interpretat. Studii suplimentare ar trebui să determine capacitatea de predicție a instrumentului privind simptomele de PTSD și capacitatea de discriminare diagnostică a acestuia.

Printre contribuțiile studiului prezent se numără faptul că este primul studiu care include investigarea schimbărilor pozitive, alături de cele negative în raport cu incidentele PST pentru personalul de pe locomotivă. De asemenea, studiul se numără printre puținele cercetări care evaluează capacitatea traumei produse de accidentele de muncă de a facilita și schimbări pozitive de către persoanele implicate. Există, însă și unele limite ale studiului pe care trebuie să le luăm în considerare în interpretarea rezultatelor. În primul rând, utilizarea unui design transversal, ne împiedică să tragem concluzii cu privire la cauzalitatea asociațiilor investigate. În al doilea rând, în studiul efectuat, ne-am bazat exclusiv pe date subiective, colectate retroactiv, ceea ce a determinat intervale de timp inegale de la traumă pentru fiecare mecanic. Rezultatele pot fi influențate și de exactitatea cu care mecanicii își amintesc trauma. De asemenea, rezultatele ar putea fi influențate datorită contextului de evaluare. Deși participanții au fost asigurați de anonimat, completarea chestionarelor în mediul de muncă, ar fi putut influența raportarea schimbărilor negative asociate cu incidentele suferite.

Ținând cont de aceste limite, rezultatele noastre evidențiază modificări semnificative în diferite domenii de funcționare psihologică, cum ar fi orientarea fiziologică, socială, personală și existențială, pentru mecanicii de locomotivă, ca urmare a experienței accidentelor PST. În conformitate cu cercetările anterioare, caracterul preponderent pozitiv al acestor schimbări raportate, se dovedește relevant în procesul de adaptare postraumatic. Este necesară așadar explorarea și includerea lor în strategiile de prevenție și intervenție psihologică destinate populației investigate.

## 6. BIBLIOGRAFIE

- Bonanno G.A., Brewin C.R., Kaniasty, K., & La Greca A.M. (2010) Weighing the Costs of Disaster: Consequences, Risks, and Resilience in Individuals, Families, and Communities, *Psychological Science in the Public Interest*, 11(1) 1–49
- Butler LD, Blasey CM, Garlan RW, McCaslin SE, Azarow J, Chen XA, Desjardins, J.C., DiMiceli, S., Seagraves, D.A., Hastings, T.A., Kraemer, H.C. & Spiegel, D. (2005) Posttraumatic growth following the terrorist attacks of September 11, 2001: Cognitive, coping, and trauma symptom predictors in an internet convenience sample, *Traumatology*, vol. 11,4, 247–267
- Carver, C. S., & Antoni, M. H. (2004). Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis. *Health Psychology*, 23, 595–598.
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L. C., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth



following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, 20, 176–185.

Cothereau C., De Beaupaire C., Payan C., Cambou J.P., Rouillon F. & Conso F. (2004): Professional and medical outcomes for French train drivers after "person under train" accidents: three year follow up study, *Occupational and Environmental Medicine*, 1; 61(6): 488 - 494.

Creamer, M., Bell, R. & Failla, S. (2003) Psychometric properties of the Impact of Event Scale—Revised, *Behaviour Research and Therapy*, 41(12) : 1489-1496

Davey, J., Wallace, A., Stenson, N., & Freeman, J. (2008). The experiences and perceptions of heavy vehicle drivers and train drivers of dangers at railway level crossings. *Accident Analysis & Prevention*, 40(3), 1217-1222

Farmer, R., Tranah T., O'Donnell I., Catalan J. (1992) Railway suicide: the psychological effects on drivers, *Psychological Medicine*, 22, 2, 407-414

Grubaugh AL, Resick PR. (2007) Posttraumatic growth in treatment-seeking female assault victims. *Psychiatric Quarterly*, 78, 2, 145–155

Hiskey S., Troop N.A., Joseph S. (2006): The Conceptualisation and Development of a Bi-Directional Measure of Changes in Being Following Adversity, *Traumatology*; 12; 25

Joseph, S & Linley, P.A. (2005) Positive Adjustment to Threatening Events: An Organismic Valuing Theory of Growth Through Adversity, *Review of General Psychology*, 9(3), 262-280

Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1997). *Understanding post- traumatic stress: A psychosocial perspective on PTSD and its treatment*. Chichester, England: Wiley.

Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1993). Changes in outlook following disaster: The preliminary development of a measure to assess positive and negative responses, *Journal of Traumatic Stress*, 6, 271-279.

Kleim, B., Ehlers, A. (2009) Evidence for a curvilinear relationship between posttraumatic growth and posttrauma depression and PTSD in assault survivors, *Journal of Traumatic Stress*, 22(1): 45-52.

Lechner S, Antoni M.H, Carver, C.S. (2006) Curvilinear associations between benefit finding and psychosocial adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74:828–840

Lunt, J., Hartley R. (2004) Literature Review of Post Traumatic Stress Disorder Amongst Rail Workers. WPS/04/12. Health and Safety Laboratory.

McFarlane, A.C. & Bryant, R.A. ( 2007) Post-traumatic stress disorder in occupational settings: anticipating and managing the risk, *Occupational Medicine*, 57(6):404-410

Nuttman-Shwartz, O., Dekel R., Tuval-Mashiach R. (2010) Post-Traumatic Stress and Growth following Forced Relocation, *British Journal of Social Work*, 1, 43-59

Park, C. L., & Fenster, J. R. (2004). Stress-related growth: Predictors of occurrence and correlates with psychological adjustment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 195-215.

Rombom, H.M. (2005) Death on the New York's subways and buses : a survey of the psychological response of New York city transit workers, *Behavioral Medicine Associates*, [www.behavmed.com/articles/12-9/pdf](http://www.behavmed.com/articles/12-9/pdf)

Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-467

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1–18

Theorell T., Leymann H., Jodko M., Konarski K., Norbeck H.E., Eneroth P. (1992): "Person under train" incidents: medical consequences for subway drivers, *Psychosomatic Medicine*, Vol 54, Issue 4 480-488

Tomich, P. L., & Helgeson, V. S. (2004). Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology*, 23, 16-23.

Vatshelle, A., Moen, B.E (1997) Serious on-the-track accidents experienced by train drivers: psychological reactions and long-term health effects *Journal of Psychosomatic Research*, 42(1):43-52.

Weiss, D. S., Marmar, C. R. (1996). The Impact of Event Scale – Revised; in J. Wilson J. & Keane T.M. (Ed.) *Assesing psychological trauma and PTSD*, 399-411. New York: Guilford.

Yum B.S., Roh, H., Ryu J.C., Won, J.U., Kim C.N., Lee J.E., Kim, K.Y. (2006) Symptoms of PTSD according to individual and work environment characteristics of Korean railroad drivers with experience of person-under-train accidents, *Journal of Psychosomatic Research*, (5):691-717.



**Conferință Internațională (ediția a cincea)  
CERCETAREA MODERNĂ ÎN PSIHOLOGIE:  
CERCETĂRI CANTITATIVE VS. CERCETĂRI  
CALITATIVE ÎN ȘTIINȚELE SOCIALE,  
EDUCAȚIE ȘI SĂNĂTATE  
25-27 mai 2012, Sibiu, România**



ISBN 978-606-591-620-3



9 786065 916203

[www.editurauniversitara.ro](http://www.editurauniversitara.ro)